

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

HENRI VUILLET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 10 août 1881

LA SYPHILIS
DES
GLANDES SALIVAIRES

Président : M. MAURICE LETULLE, Professeur

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

293

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

HENRI VUILLET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 10 août 1881

LA SYPHILIS
DES
GLANDES SALIVAIRES

Président : M. MAURICE LETULLE, Professeur



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		WEISS.
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		N...
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LETULLE.
Clinique médicale.....		ROGER.
Maladies des enfants.....		CHAUFFARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		GILBERT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.....		LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.....		HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.....		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GAUCHER.
Clinique d'accouchements.....		DEJERINE.
Clinique gynécologique.....		DELBET.
Clinique chirurgicale infantile.....		QUENU.
Clinique thérapeutique.....		RECLUS.
		SEGOND.
		DE LAPERSONNE.
		N...
		BAR.
		PINAR.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
		POZZI.
		KIRMISSON.
		ROBIN (Albert).

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LEKL.	RETTERRER.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET (A.).	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Maurice LETULLE

Professeur d'Histoire de la Médecine

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat.

M. le Professeur POIRIER (*in memoriam*), 1905-1906.

M. le Docteur CUNÉO, 1905-1906.

Internat provisoire.

M. le Professeur NAGEOTTE, 1906-1907.

M. le Docteur MOIZARD (*in memoriam*), 1907-1908.

M. le Docteur BELIN, 1907-1908.

Internat.

M. le Docteur BAUDET, 1909-1909.

M. le Docteur SAVARIAUD, 1910-1910.

M. le Docteur SIREDEY, 1910-1911.

M. le Professeur LETULLE, 1911-1912.

MM. les Docteurs CHIFOLIAU, CAPETTE, HALBRON,
GRÉGOIRE, A. RICHE, APERT, CONTE, LEMAIRE,
BERGERON.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Boucicaut, un malade atteint d'une tumeur de la région parotidienne, dont l'évolution clinique pouvait justifier une intervention grave et mutilante.

Le chirurgien eut l'heureuse idée de pratiquer une biopsie avant d'extirper la glande malade. L'examen histologique révéla qu'on était en présence d'une lésion syphilitique de la parotide, et le traitement spécifique amena une guérison rapide.

Ce fait n'est pas exceptionnel. Récemment, M. Morestin en a rapporté un semblable ; il s'agissait, dans l'espèce, d'une syphilome parotidien qui présentait l'aspect d'un cancer et qui guérit par une médication appropriée.

La plupart des ouvrages classiques ne donnent aucun renseignement sur ces pseudo-tumeurs syphilitiques de la glande parotide. Nous en avons trouvé pourtant un certain nombre d'exemples dans les publications françaises et étrangères. Il nous a paru également intéressant de rechercher quelles pouvaient être les autres manifestations de la syphilis au niveau des glandes salivaires.

Les matériaux sont encore trop rares pour qu'on puisse faire une étude complète et définitive de la question. L'exa-

men anatomique des lésions n'a été pratiqué que trois ou quatre fois et presque toujours d'une manière superficielle. Aussi, nous sommes-nous seulement proposé de grouper les faits connus dans le but de provoquer des observations nouvelles.

HISTORIQUE

Il fut admis, pendant longtemps, que la syphilis n'atteignait jamais les organes sécréteurs de la salive. On rencontre, cependant, dans la littérature médicale, d'anciennes observations, telles que celles de Richter (1800), de Rust (1839), de Rollet (1859), de Hardy (1878), où l'attention des cliniciens semble avoir été attirée du côté des glandes parotide ou sous-maxillaire, plus ou moins tuméfiées au cours d'une syphilis en évolution ; mais ces faits ne sont pas suffisamment précis, pour qu'on puisse dire s'il s'agissait vraiment d'une atteinte des glandes salivaires ou d'un engorgement des ganglions lymphatiques du voisinage.

En 1865, Virchow signale, pour la première fois, des manifestations tardives de la syphilis portant sur les glandes salivaires. Presque en même temps (1866), Lancereaux publie, dans son *Traité de la Syphilis*, l'autopsie d'une femme qui présentait, entre autres accidents, des lésions tertiaires de la glande sous-maxillaire.

Peu d'années après, Grawitz (1873), rapporte un nouveau cas de syphilome sous-maxillaire, n'ayant pas réagi suffisamment au traitement spécifique et qui fut extirpé chirurgicalement. Il en tire une étude anatomique très intéressante.

Fournier, en 1885, communique à la Société de Chirurgie

l'histoire clinique très complète d'un malade atteint de syphilose tertiaire de la glande sublinguale. Les conclusions de Fournier sont confirmées par Verneuil, qui rappelle, à ce sujet, un cas analogue, observé par lui-même, concernant également la sublinguale.

A ces premiers faits, Lang (1884) ajoute trois cas d'infiltration gommeuse de la parotide et Bock (1885) y joint deux observations qui ne nous ont pas paru très probantes. Puis viennent les cas intéressants, rapportés par Benedict et par Kaposi (1891).

En 1894, Neumann publie un travail d'ensemble sur la question et fait connaître cinq cas nouveaux à forme subaiguë, apparus au cours de la période secondaire, on trouve également dans son travail la description d'une manifestation syphilitique tardive très curieuse, localisée au niveau de la glande de Blandin-Nühn.

Depuis cette époque, des exemples de la syphilis des glandes salivaires sont rapportés assez fréquemment en Amérique, en Allemagne, en Autriche, par Osler, Bresgen, Erler, Merkel, Mandowsky, etc. Parmi ces derniers cas, plusieurs ont trait à des manifestations tardives de la syphilis héréditaire.

C'est encore l'observation d'une malade vraisemblablement hérédo-syphilitique, que Koschel publie dans sa thèse (1895). Ce travail contient le résumé de quatorze cas précédemment décrits.

Puis viennent les publications de Felmann (1902), de Symmers (1903), de Gile (1906) et de Heller (1906) ; celle-ci contient une description anatomique, résultat d'une biopsie.

Signalons encore la monographie de Vehse (1906), celle de

Küttner (1907) et l'article de Gutmann (1907) qui décrit un cas de maladie de Mikulicz, d'origine syphilitique, rappelant les observations plus anciennes de Osler (1898) et de Laper-sonne (1902).

Plus récemment, Faroy (1909), étudie le pancréas et la parotide dans l'hérédo-syphilis du fœtus et du nouveau-né. Il retrouve, dans la glande salivaire, l'analogue des lésions de pancréatite scléreuse et de pancréatite hémorragique qu'il avait observées d'autre part, et il met en évidence l'abondance des tréponèmes contenus dans les parenchymes glandulaires.

Il nous reste enfin à signaler deux publications parues depuis cette époque : celle de Morestin, dont nous avons déjà parlé, et le travail très complet de Gerber, publié cette année même.

ÉTUDE CLINIQUE

I. — Données étiologiques

FRÉQUENCE. — Dans le récent article du *Traité de Finger*, qui est, à notre connaissance, le travail le plus complet publié sur la question, se trouvent signalés six cas de syphilis précoce et trente-et-un cas de syphilis tardive des glandes salivaires.

Si l'on y ajoute un certain nombre d'observations, telles que celles de Bock, de de Lapersonne, de Simard, de Mores-tin, de Gutmann, de Symmers, observations qui ne figurent pas dans le recueil précité, on constate que le total des faits actuellement connus est d'au moins quarante-cinq cas.

Contrairement aux conclusions un peu hâtives des auteurs allemands, il nous a semblé que les sujets atteints appartenaient à l'un et l'autre sexe dans une égale proportion.

EPOQUE DU DÉBUT DES LÉSIONS. — S'il est quelques exemples d'engorgement des parotides contemporain du chancre, ou apparaissant très peu de temps après le début de l'infection, on constate le plus souvent que les lésions des glandes salivaires se montrent plusieurs années après l'accident primitif, au cours des périodes secondaire et tertiaire. Dans plusieurs observations (Osler, Erler, Mandowsky), il s'agissait évidemment de manifestations héréditaires, ces faits cliniques

cadrent parfaitement avec les recherches anatomiques de Faroy, que nous exposerons plus loin.

AGE DES MALADES. — Gerber donne la répartition suivante, d'après vingt-quatre cas :

De 0 à 1 an.....	1 cas
11 à 20 ans.....	1 —
21 à 30 ans.....	12 —
31 à 40 ans.....	8 —
41 à 50 ans.....	2 —

C'est donc entre 20 et 40 ans que la syphilis des glandes salivaires s'observerait avec la plus grande fréquence.

LOCALISATIONS. — Tantôt une seule glande est atteinte, tantôt plusieurs glandes sont frappées en même temps ; on peut observer, par exemple, l'inflammation simultanée des parotides et des sous-maxillaires, des parotides et des sublinguales ou des trois groupes glandulaires à la fois. Remarquons que la parotide présentait des lésions dans 30 observations, la sous-maxillaire dans 7 et la sublinguale dans 6 observations ; enfin, la glande de Blandin-Nühn était en cause une seule fois (Neumann). Tandis que la parotide et la sous-maxillaire sont atteintes avec la même fréquence dans les formes précoces et dans les formes tardives, ces dernières prédominent dans la proportion de 4 à 5 au niveau de la sublinguale.

II. — Formes cliniques

Il suffit de parcourir les observations qui ont été rapportées par les différents auteurs pour constater que la syphilis

des glandes salivaires se présente, au point de vue symptomatologique, suivant des aspects très différents. Les faits ne sont ni assez nombreux ni assez précis pour qu'on puisse, dès maintenant, établir définitivement plusieurs types cliniques. Nous nous contenterons, si imparfaite que soit cette classification, d'envisager successivement les manifestations précoces et les manifestations tardives en insistant sur les variétés qui nous ont paru d'un diagnostic assez délicat.

A. — **Syphilis précoce des glandes salivaires.** — Cette classe comprend, à notre avis, les faits les moins intéressants, les descriptions publiées ne sont pas d'une réalité très frappante. Plusieurs cliniciens ont signalé la tuméfaction des glandes parotïde et sous-maxillaire au début de la maladie. Nous avons déjà cité le cas de Rollet et celui de Hardy, nous pouvons y ajouter les observations plus précises de Lang, d'Alexander, de Stedman Bull et de Tschagin. Il s'agissait de malades présentant un chancre de la face ou du pharynx et l'engorgement des glandes salivaires apparaissait comme un épiphénomène passager, sans caractéristique clinique, se distinguant mal de l'adénite concomitante.

La *forme subaiguë*, dont Neumann a fourni la description, mérite d'attirer notre attention. Les symptômes apparaissent du deuxième au douzième mois après le début de l'infection. Le plus souvent, les sujets ont un état général qui laisse à désirer, ils sont habituellement porteurs d'accidents secondaires variables (plaques muqueuses, etc.). Le développement de la tuméfaction des glandes salivaires est rarement brusque, mais pourtant assez rapide, il dure au maximum quelques semaines. On constate d'abord un gonfle-

ment diffus, généralement symétrique et bilatéral, de la région parotidienne.

Bientôt la parotide elle-même peut être distinguée par la palpitation, au milieu de cet empâtement. La glande se présente comme une masse d'un volume variable pouvant atteindre l'étendue d'une paume de main. Assez souvent la peau est rouge, brillante, tendue ; elle peut être mobilisée sur la parotide qui elle-même est plus ou moins fixée aux plans profonds. La tuméfaction parotidienne est fermée, quelquefois d'aspect lobulé, indolore ; dans son voisinage on trouve des ganglions lymphatiques augmentés de volume, le ganglion pré-tragien en particulier est souvent confondu avec la glande salivaire sous-jacente.

L'empâtement et l'œdème s'étendent aux tissus de la région. La douleur, quand elle existe, paraît être le fait d'un adéno-phlegmon surajouté. Dans quelques cas il s'est constitué un abcès sans qu'on puisse affirmer si le pus était simplement d'origine ganglionnaire ou si l'inflammation de la parotide avait contribué à la formation de la collection purulente.

Il faut remarquer que, dans cette forme subaiguë, les phénomènes douloureux restent presque toujours un symptôme de second plan. Par contre, la gêne fonctionnelle est assez considérable ; le malade peut difficilement ouvrir la bouche, il ne peut ni parler, ni mâcher, ni même avaler. On a pu aussi observer un trismus complet. La sialorrhée est à peu près constante. Citons enfin le cas de Vehse, où la température est montée à 39° pendant plusieurs jours.

C'est généralement la parotide qui est atteinte dans la forme que nous venons de décrire, mais les autres glandes

ne restent pas toujours indemnes. Quand la sous-maxillaire est prise, on la trouve augmentée de volume, facilement perceptible à la palpation. Heller a vu les mêmes phénomènes au niveau de la sublinguale, mais il est à noter que cette localisation entraînait moins de troubles fonctionnels que la parotidite observée dans des circonstances analogues.

Les descriptions de Neumann, qui, du même coup, a rapporté cinq faits comparables, ont rarement été rencontrées en clinique. Chez les auteurs français, nous n'avons pas trouvé une seule observation qui puisse être rapprochée de ces exemples d'inflammation aiguë ou subaiguë des glandes salivaires au cours de la période secondaire.

DIAGNOSTIC. — En présence des formes précoces de la syphilis des glandes salivaires, les erreurs d'interprétation seront, en général, facilement évitées, si l'on tient compte de la coexistence d'accidents spécifiques. D'ailleurs, les différentes variétés de *parotidites aiguës* ont des caractères cliniques qui permettent de les reconnaître sans difficulté. Tantôt il s'agit d'un sujet atteint d'une maladie grave infectieuse (fièvre typhoïde, septicémie puerpérale, maladie éruptive, etc.), tantôt il existe une cause locale telle qu'un furoncle ou un anthrax de la peau au voisinage de la parotide, une arthrite temporo-maxillaire, une otite, une stomatite.

Au début de l'infection spécifique, pendant les périodes actives du traitement mercuriel, les glandes de la cavité buccale sont fréquemment lésées ; mais presque toujours ces accidents sont imputables à l'action altérante du mercure qui, diminuant la résistance des tissus, permet l'invasion microbienne des acini glandulaires. Les lésions des glandes

salivaires qui peuvent accompagner cette *stomatite médicamenteuse* ne sauraient être confondues avec les lésions syphilitiques vraies. Les premières guérissent dès qu'on suspend le traitement, les autres, au contraire, disparaissent sous l'action du mercure.

La forme subaiguë peut être confondue avec l'*adénophlegmon parotidien ou sous-maxillaire*. Il y aura lieu de rechercher les lésions du voisinage dans le territoire des lymphatiques afférents aux ganglions de ces régions. Les signes cliniques eux-mêmes, nous l'avons vu, ne suffisent pas toujours à dissiper l'erreur. Les cas cités par Neumann s'accompagnaient, en effet, de rougeur de la peau, d'œdème, d'empâtement et même parfois d'une certaine hyperthermie. Il faudra se rappeler que l'inflammation spécifique des glandes salivaires peut entraîner la formation d'abcès ganglionnaires et que c'est seulement après incision de la collection purulente qu'on pourra reconnaître, dans la profondeur, la glande elle-même lobulée et tuméfiée.

B. — Syphilis tardive des glandes salivaires. —
A une époque plus éloignée du début de l'infection spécifique, les lésions des glandes salivaires se présentent suivant des types cliniques assez bien caractérisés. Tantôt il existe une inflammation chronique, bilatérale et diffuse, prédominante au niveau des parotides ; tantôt, au contraire, la lésion se trouve localisée au niveau d'une seule glande salivaire et prend la forme d'une pseudo-tumeur. Nous signalerons enfin l'atteinte simultanée des glandes salivaires et des glandes lacrymales.

1° Inflammation chronique diffuse à prédominance parotidienne. — C'est dans cette classe qu'il faut ranger, par

exemple, les observations rapportées par Symmers. Les parotides sont, en général, également tuméfiées, parfois l'hypertrophie est un peu asymétrique. La glande forme une masse élastique plus ou moins dure, non douloureuse au toucher. Sa consistance n'est pas modifiée par les mouvements de la mastication. La peau a un aspect normal et est mobile sur les plans sous-jacents. Les symptômes fonctionnels sont nuls. Les autres glandes (sublinguale, sous-maxillaire) ou bien ne présentent rien de particulier, ou bien sont elles-mêmes le siège d'une tuméfaction plus ou moins accentuée. De temps en temps il peut se produire une petite poussée caractérisée par une tuméfaction plus marquée qui disparaît rapidement. En somme, nous avons un tableau de parotidite banale, torpide qui ne présente rien de particulier, sinon que les sujets sont manifestement des syphilitiques arrivés à une période avancée de la maladie. Remarquons d'ailleurs que les lésions sont assez rebelles au traitement, mais qu'on a pu voir pourtant l'hypertrophie glandulaire diminuer sous l'action de l'iodure de potassium.

2^o Inflammation simultanée des glandes salivaires et des glandes lacrymales réalisant le syndrome de Mikulicz.

— Des faits se rapportant à ce titre ont été observés par Osler, de Lapersonne et plus récemment par Gutmann. Dans le cas de Osler, le doute peut subsister et l'auteur lui-même, après avoir nettement considéré les lésions comme syphilitiques, a voulu ensuite les rattacher à la tuberculose. Chez le malade de de Lapersonne, la syphilis atteignait en même temps l'appareil de la vision et différents organes tels que la glande mammaire, l'épididyme, les glandes lacrymales et salivaires. Il s'agissait, sans aucun doute, d'un spécifique.

C'est à Gutmann que l'on doit l'exemple le plus net de la maladie de Mikulicz de nature syphilitique, les lésions lacrymales et salivaires se développèrent parallèlement et disparurent en même temps sous l'influence d'une médication appropriée.

3° *Syphilome des glandes salivaires*. — C'est la forme clinique sinon la plus fréquente, du moins la mieux caractérisée.

La lésion peut siéger au niveau de la parotide, au niveau de la sous-maxillaire ou de la sublinguale. Dans un cas, elle était localisée sur la glande de Blandin-Nühn.

Le syphilome apparaît à une période avancée de la maladie, après trois, quatre ans, jusqu'à onze ans. Le développement est lent, insidieux et les sujets constatent la présence de la tumeur alors qu'ils n'en ont encore éprouvé aucune gêne. Dans le cas de Fournier, l'évolution fut cependant assez rapide.

Les symptômes fonctionnels sont variables suivant les régions. S'il s'agit, par exemple, d'une lésion de la parotide, on voit apparaître un petit nodule très ferme qui s'accroît lentement et qui, débordant bientôt les limites du creux parotidien, peut atteindre le volume d'une grosse noix, d'un œuf ou d'une pomme. Les téguments soulevés conservent leur mobilité et leurs autres caractères normaux.

A la palpation, la tumeur est dure, parfois absolument ligneuse, sa surface est lisse, elle est indolente à la pression. Généralement sans adhérence au masséter ou au maxillaire, elle ne présente cependant qu'une obscure mobilité. L'examen du canal de Stenon et de son orifice donne rarement un renseignement positif. On aura à rechercher si

le prolongement interne de la glande, anormalement développé, ne fait pas saillie dans le pharynx.

Presque toujours, l'évolution de la tumeur parotidienne ne s'accompagne d'aucune douleur et d'aucune gêne fonctionnelle. Il faut pourtant signaler la paralysie faciale plus ou moins accentuée qu'on retrouve dans un certain nombre d'observations, cette paralysie peut même précéder le développement du néoplasme.

Il en va autrement quand la lésion se développe au niveau de la glande sublinguale. Le malade peut s'en apercevoir parce qu'il éprouve de la gêne pour parler ou pour avaler, il a l'impression d'un corps étranger dans la bouche. Les troubles de la déglutition sont relativement moindres, ils consistent simplement en un certain embarras, en une sorte de tiraillement, alors que le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier.

Si l'on procède à l'examen local, on voit un léger soulèvement à grand axe antéro-postérieur, dans la fosse sublinguale. Là existe une tumeur que le doigt sent et limite facilement. Cette tumeur est située sous la muqueuse du plancher de la bouche, d'ailleurs généralement intact à tous égards. Elle est oblongue, ovale, plus rapprochée de la langue que du maxillaire. Au toucher, elle est ferme, rénitente, dure, enfin elle est complètement indolente au palper et à la pression.

Des syphilomes de la glande sous-maxillaire nous n'avons rien à dire de particulier, ils offrent dans l'ensemble les mêmes caractères que ceux de la parotide.

Nous avons dit que Neumann a observé une altération spécifique de la glande de Blandin-Nuhn. Cette lésion se

présentait comme une nodosité dure située à la pointe de la langue. Il n'y avait pas de difficulté de la parole, mais la mastication était douloureuse, la salivation exagérée gênait considérablement le malade.

L'évolution des syphilomes des glandes salivaires est très variable. La disparition spontanée a été observée (Lemnhoff) ; mais, le plus souvent, la résolution n'a lieu que sous l'action du traitement. On voit alors la tumeur s'assouplir progressivement et l'on ne perçoit bientôt plus dans son épaisseur qu'un noyau de volume de plus en plus réduit. Quand la médication n'est pas intervenue à temps, on a pu voir les lésions s'ulcérer (Lang, Kaposi, Cassel) et des fistules salivaires se sont ainsi produites (Lang, Benedict, etc.).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la parotidite chronique syphilitique est souvent très difficile. On se trouve à une époque très éloignée du début de la maladie et les renseignements fournis par le sujet peuvent être absolument négatifs. Il faudra procéder à un examen minutieux des différents organes. La constatation de plaques de leucoplasie buccale, de lésions oculaires spécifiques, la présence de gommes sur une autre région du corps, permettront de conclure à la nature spécifique de l'affection. C'est surtout dans de semblables cas que la réaction de Wassermann pourra rendre de grands services ; à son défaut, on pourra faire le traitement d'épreuve.

Mais c'est surtout au sujet des syphilomes des glandes salivaires que des erreurs importantes ont été commises. Pour établir un diagnostic précis, il faut d'abord s'assurer que la lésion siège bien dans le parenchyme glandulaire et

non dans les organes ou dans les tissus voisins. Sébileau signale la confusion qu'on peut faire entre une gomme de la parotide et une *gomme du masséter*. Il faudra donc s'assurer que la lésion occupe exactement la place de la glande soupçonnée d'être atteinte, débordant ou non le contour de la loge sous-maxillaire ou de la loge parotidienne.

La consistance de la tumeur permet généralement d'écarter l'idée d'une formation liquide enkystée ou d'un lipome. Il reste donc à envisager, d'une part, certaines inflammations chroniques (1), d'autre part, les tumeurs solides : cancer, sarcome, tumeurs mixtes, etc.

On sait qu'on peut distinguer deux types de *cancer de la parotide* : l'encéphaloïde très volumineux, saillant, d'une consistance qui rappelle celle d'un engorgement inflamma-

(1) *La tuberculose* des glandes salivaires est connue depuis peu (Paoli, 1893) ; elle s'observe à tous les âges, son évolution est lente et insidieuse. « Dans la forme diffuse, on note un gonflement général de la glande, mal limité, de consistance généralement ferme, présentant plus tard quelques points ramollis. La peau est tendue, rouge, œdématiée... Dans la forme circonscrite, il y a une tumeur unique, arrondie, fluctuante, présentant tous les caractères d'un abcès froid ».

Rien dans les signes physiques ou dans les symptômes fonctionnels ne permet de distinguer la nature de la maladie, ce qui explique qu'un certain nombre de cas de tuberculose des glandes salivaires ont été pris pour des gommés. Le microscope est souvent nécessaire pour établir un diagnostic ferme.

L'actinomycose des glandes salivaires est également très rare. Dans la très grande majorité des cas observés, c'est la parotide qui était atteinte, on y retrouvait la symptomatologie bien connue de l'actinomycose cervico-faciale. Un examen microscopique lèvera facilement tous les doutes.

toire, sera aisément reconnu. Le squirrhe a une évolution plus lente, il est moins volumineux, moins saillant et plus dur, et le syphilome peut très bien le simuler. Au sujet de ce diagnostic différentiel, Michaux insiste sur la paralysie faciale, sur le dédoublement du lobule de l'oreille, sur l'infiltration des tissus voisins, enfin sur les douleurs. Mais les cas ne manquent pas où la symptomatologie du carcinome reste incomplète et nous avons vu, d'autre part, combien sont fréquentes les paralysies faciales au cours de l'évolution des pseudo-tumeurs syphilitiques.

La majeure partie des tumeurs solides des glandes salivaires appartiennent à une variété spéciale de néoplasmes désignés en France sous le nom de *tumeurs mixtes*. Elles s'observent généralement chez des sujets jeunes ; dans un premier stade dont la durée peut être fort longue, le néoplasme présente tous les caractères d'une tumeur bénigne. Il s'accroît avec une extrême lenteur sans déterminer de troubles fonctionnels appréciables et sans altérer l'état général du malade. Dans un second stade, la tumeur prend une marche rapide et des caractères indiscutables de malignité.

On retrouve au début le même tableau clinique présenté habituellement par le syphilome : présence en avant du conduit auditif externe d'un petit noyau qui ne détermine ni douleur ni trouble fonctionnel, qui n'est pas adhérent à la peau et qui ne détermine pas d'envahissement ganglionnaire. Mais l'évolution de la tumeur mixte, beaucoup plus longue que celle de la gomme, peut durer 10, 20 et même 25 ans (Broca).

On sait que toute tumeur mixte de la parotide doit être

opérée dès que le diagnostic a été fait et que, l'extirpation devant être complète, il en résulte habituellement des lésions permanentes du nerf facial. Il importe donc de différencier d'une manière précise ces deux sortes de lésions. A ce sujet, il sera bon de se rappeler la remarque de Verneuil : « L'absence d'antécédents ne prouve rien ; on sait, en effet, combien sont incertains les récits des malades. Les sept huitièmes de ceux qui sont atteints d'accidents tertiaires affirment n'avoir jamais eu de syphilis. Et cependant, ces accidents ont des caractères tels que le doute n'est pas permis » .

TRAITEMENT. — Les lésions syphilitiques des glandes salivaires rétrocedent, dans la très grande majorité des cas, sous l'action du traitement spécifique. Les applications locales, d'emplâtres mercuriels, préconisées encore par quelques auteurs, constituent une méthode archaïque qui nous paraît devoir être abandonnée. L'iodure de potassium a été souvent donné à haute dose et d'une façon prolongée, il ne suffit pas toujours à lui seul à faire disparaître la tumeur qu'on veut guérir ; le traitement hydrargyrique (frictions ou injections) généralement efficace, surtout dans la forme subaiguë, a parfois une action lente et inégale sur les syphilomes. Dans le cas que nous avons traité, nous n'avons pas hésité, sur l'indication de M. le professeur Letulle, à faire des injections intra-veineuses de salvarsan. La lésion qui semblait résister aux piqûres de biiodure a disparu ainsi en peu de jours.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Peu d'observations contiennent des descriptions ayant trait à l'étude macroscopique ou microscopique des lésions qui nous occupent. Le travail de Faroy nous donne, sur l'état de la parotide du fœtus et du nouveau-né dans l'hérédosyphilis, des renseignements intéressants qui peuvent compléter et expliquer ce qui a été observé d'autre part chez l'adulte.

Nous résumerons d'abord les recherches de cet auteur.

I. — Parotide dans l'hérédosyphilis du fœtus et du nouveau-né.

a) EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La glande peut conserver son volume et son poids normaux comme ceux-ci peuvent être augmentés du fait de l'hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel ou par œdème. Ni la consistance, ni l'aspect ne sont modifiés, mais les grains glandulaires semblent plus séparés les uns des autres que normalement, moins serrés par suite de la prolifération conjonctive. La couleur est normale habituellement, dans certains cas la glande prend une teinte lie-de-vin claire, traduisant un certain degré de congestion de l'organe.

b) EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Le *tissu conjonctif* est hyperplasié d'une façon parfois considérable. Le tissu conjonctif

inter-lobulaire forme entre les lobules des travées fibreuses énormes, très larges, en certains endroits même aussi larges que les lobules eux-mêmes. Ces derniers sont donc très séparés les uns des autres. On peut cependant constater d'une façon très nette que cette prolifération n'est pas également répartie dans toute l'étendue de la glande et qu'en certains points le tissu interstitiel est plus abondant qu'ailleurs.

De la périphérie des lobules, le tissu fibro-conjonctif pénètre à l'intérieur de ceux-ci et, suivant le degré de l'affection, donne naissance à des lésions d'aspects différents.

Au premier stade, il se forme au niveau du hile de chaque lobule une sorte de plaque fibreuse, large, englobant les vaisseaux et les canaux excréteurs. Cette plaque fibreuse pénètre assez avant dans le lobule, le plus souvent du reste jusqu'en son centre ; là elle envoie en rayonnant autour d'elle des travées conjonctives fortes, épaisses, dont la largeur va progressivement en diminuant pour se continuer avec le tissu interacineux. Il en résulte une subdivision du lobule en éventail, subdivision très irrégulière du reste, suivant la distance variable qui sépare les travées et suivant la direction plus ou moins capricieuse qu'elles présentent.

Au deuxième degré, la lésion est plus prononcée encore. Les cloisons conjonctives, ci-dessus décrites, sont plus développées que dans le stade précédent, gardant une largeur sensiblement la même d'une de leurs extrémités à l'autre ; elles partent d'un côté de la plaque fibreuse dont nous avons parlé ou plutôt du tissu conjonctif périlobulaire avec lequel la plaque s'est confondue, pour se terminer de l'autre côté du lobule qu'elles traversent. Il s'ensuit que le lobule est

divisé en fragments secondaires qui sont plus ou moins éloignés les uns des autres suivant l'épaisseur des travées fibreuses.

Le tissu conjonctif peut encore s'insinuer entre les acini qu'il sépare plus ou moins les uns des autres par des cloisons fibreuses d'épaisseur anormale. Dans certains lobules ou fragments de lobules, au contraire, les cloisons inter-acineuses sont normales.

Faroy n'a pas trouvé de lésions plus avancées, c'est-à-dire une hypertrophie fibro-conjonctive plus intense encore ; jamais ne fut constaté dans la parotide l'état anatomique décrit par cet auteur comme troisième degré de pancréatite scléreuse.

Le tissu conjonctif hyperplasié est formé d'un enchevêtrement désordonné de fibres conjonctives épaisses qui ont tendance à s'organiser autour des lobules qu'elles séparent les uns des autres à la façon de pseudo-capsules.

Les fibres conjonctives se condensent d'une façon remarquable autour des vaisseaux et des canaux excréteurs. Dans l'épaisseur du tissu conjonctif on rencontre des cellules à noyaux arrondis, ovalaires ou fusiformes, sans caractères particuliers.

Dans le *tissu glandulaire* on observe des altérations cellulaires qui, d'après Faroy, peuvent être mises en partie sur le compte de la macération cadavérique. Les cellules présentent des contours irréguliers et flous, les noyaux sont à peine teintés et invisibles. Les acini ne sont plus constitués alors que par des masses cellulaires indistinctes, sauf dans certains lobules où les cellules ont l'apparence et la disposition qu'elles présentent dans les glandes normales.

Parfois, le protoplasme et le noyau sont bien colorés, mais les éléments cellulaires se disposent sans ordre, en amas, au centre de la petite capsule que leur forme le tissu conjonctif.

A l'intérieur de certains lobules, Faroy a constaté des amas de vésicules graisseuses pouvant atteindre un développement considérable relativement à la masse totale du lobule, il s'agit de surcharge graisseuse débutant dans le tissu conjonctif périlobulaire et pénétrant peu à peu dans le lobule dont elle fait disparaître progressivement les acini.

Les *canaux excréteurs* ne présentent, en général, que des lésions excessivement minimes. On constate surtout l'épaississement considérable du tissu fibreux péri-canaliculaire qui peut amener le plissement et le tassement des cellules épithéliales au point de transformer le canal en un cordon plein.

L'*infiltration lymphoïde* est exceptionnelle, mais certains lobules sont envahis par des lymphocytes et révèlent l'aspect d'amas lymphoïdes énormes.

Les artères présentent un épaississement de leurs parois par l'élargissement de leur adventice. C'est du tissu fibreux se colorant fortement par le van Gieson et qui se continue insensiblement à la périphérie avec le tissu fibro-conjonctif hyperplasié qui l'entoure.

Dans certains cas, on constate dans l'organe une véritable *forme hémorragique* de la lésion : les capillaires intra-lobulaires, péri-acineux sont dilatés, gorgés de sang, décrivant des méandres entre les acini, ils les écartent les uns des autres. Parfois enfin, dans cette forme hémorragique, la distension des capillaires est telle que certains éclatent, et il se forme, tant dans le tissu conjonctif périlobulaire que dans

certains lobules, des hémorragies diffuses de petite dimension.

Tréponèmes. — Faroy a fait la recherche des tréponèmes dans la parotide par la méthode de Levaditi, il les a rencontrés d'une façon certaine dans deux cas. Les tréponèmes étaient localisés dans le tissu lymphoïde, là où le tissu glandulaire était le plus malade. Dans les points des préparations où le tissu est relativement bien conservé, les tréponèmes sont rares ou même absents.

II. — Lésions observées dans la syphilis acquise et dans l'hérédo-syphilis tardive

Le document anatomique le plus ancien est la description que nous donne Laucereaux, elle est tirée de l'autopsie d'une femme syphilitique ayant succombé à une maladie infectieuse : « La glande sous-maxillaire du côté gauche présente de nombreux sillons qui rendent ses lobules encore plus apparents ; elle est plus ferme au toucher et comme flétrie, mais non diminuée de volume ; elle offre une coloration jaune qui tient à la présence de granulations graisseuses ; les cloisons fibreuses inter-acineuses sont épaissies ; les ganglions du voisinage sont volumineux, mais d'un aspect médullaire. »

L'exposé fourni quelques années plus tard par Grawitz offre plus de précision, en voici l'analyse (1). Sur la coupe de la tumeur on voit, au centre, un noyaux caséeux jaune

(1) Il s'agit d'un syphilome de la sous-maxillaire que le traitement spécifique n'avait pu faire disparaître complètement et qui fut enlevé chirurgicalement.

soufre entouré d'une zone de tissu gris transparent, de consistance molle, qui, à la périphérie, se confond insensiblement avec les tissus ambiants.

Macroscopiquement on distingue encore dans la masse des îlots de parenchyme glandulaire, ailleurs on y voit du tissu fibreux.

A l'examen microscopique la partie centrale se montre formée de détritits cellulaires où apparaissent des noyaux conglomérés. On y reconnaît un grand nombre de petits vaisseaux dont les uns sont vides et affaissés, les autres remplis d'un pigment rouge brun formant, soit des granulations plus ou moins fines, soit des masses irrégulières. Au voisinage de la substance grise, les éléments sont mieux conservés, on y trouve des cellules ratatinées, complètement déformées, dont les noyaux anguleux sont atrophiés. Dans la couche grise elle-même on est en face d'un tissu granuleux (*Granulationsgewebe*); des cellules rondes et des éléments conjonctifs sont serrés les uns contre les autres; il existe une substance inter-cellulaire finement striée. On y voit également un grand nombre de vaisseaux contenant du sang et du tissu conjonctif parfaitement développé. Ce tissu granuleux peut être suivi dans le parenchyme glandulaire encore conservé, formant une infiltration abondante de petites cellules qui, jusqu'à une distance considérable du centre, se retrouve dans les grandes cloisons conjonctives, dans la gaine des conduits glandulaires et dans le tissu interstitiel des lobules.

Dans l'observation de Mandowsky (1), nous retrouvons

(1) Masse parotidienne extirpée chirurgicalement. L'examen histologique a été fait par Schüller.

une description analogue. Un tissu granuleux forme une masse compacte dans laquelle on distingue des îlots de cellules déformées, ailleurs des éléments ayant subi la dégénérescence graisseuse, ailleurs, enfin, des cellules géantes.

On trouve aussi en d'autres points de la coupe du tissu fibreux que traversent des vaisseaux à parois épaissies. L'épaississement des parois vasculaires est parfois si marqué que la lumière se trouve réduite à une fente étroite. L'envahissement de la glande semble s'être fait de dehors en dedans à partir des ganglions lymphatiques qui ont subi eux-mêmes l'infiltration gommeuse. Si l'on envisage le processus d'extension, on voit que le tissu gommeux étrangle le parenchyme de la parotide en îlots de plus en plus isolés, tandis que les cellules glandulaires subissent progressivement la dégénérescence granuleuse.

La lésion examinée par Heller était surtout remarquable par une infiltration du tissu conjonctif péri-canaliculaire, présentant les caractères d'une inflammation spécifique (arrangement péri-vasculaire des éléments, présence de cellules géantes, etc.). Au niveau de la glande, les cellules parenchymateuses n'étaient pas modifiées et l'on constatait seulement quelques divisions cellulaires dans le tissu interstitiel.

Voici maintenant les renseignements fournis par la biopsie de notre malade.

Sur les préparations provenant du fragment extirpé, une première impression se dégage, confirmée de plus en plus par l'étude des multiples coupes microscopiques obtenues. Il s'agit, à coup sûr, d'une glande salivaire et, par conséquent, de la parotide, profondément atteinte de lésions en partie destructives. En effet, sur un des bords du fragment, le tissu

glandulaire encore bien reconnaissable à sa disposition multilobulée apparaît découpé par de larges placards nécrobiotiques au niveau desquels la presque totalité des tissus et des éléments constituant l'organe ont subi une mortification que l'on pourrait appeler « fibrinoïde » et qui mérite une description détaillée :

Tout d'abord, ces zones de mortification prennent avidement l'éosine et se colorent en un rouge vineux brillant, foncé, assez comparable à la teinte donnée aux filaments de véritable fibrine par la matière colorante en question. Cet aspect fibrinoïde des parties ne les a pas condensées tout en les dissociant, mais laisse encore, de place en place, des dispositions morphologiques assez précises, pour permettre d'y retrouver certains éléments ou mêmes certains organes fondamentaux.

C'est ainsi, par exemple, que de place en place, on voit d'une manière bien distincte des cavités arrondies, ovalaires anguleuses ou de dimensions variables, et dont la lumière incomplètement comblée par des blocs d'une substance granuleuse ou hyaline, se trouve limitée par une bordure très nette d'éléments morts, brillants qui, en maints endroits, sont très faciles à reconnaître, par comparaison, pour les éléments cylindriques ou cubiques, qui tapissaient avant la mortification les différents canaux excréteurs des lobules glandulaires parotidiens. Seulement, ces épithéliums ont subi sur place et sans être enflammés, une mortification particulière, hyaline ou fibrinoïde, qui a sur nombre de points non seulement respecté, en partie au moins, leur forme et leur arrangement, mais aussi a conservé l'aspect et une certaine teinte du noyau encore légèrement accessible à une coloration nucléaire.

De même, parmi ces blocs de nécrobiose fibrinoïde, il est souvent facile de reconnaître des cellules adipeuses isolées, quelquefois assez rapprochées les unes des autres, et dont les noyaux sont, soit peu colorables, soit totalement disparus. Les techniques ont sans doute entraîné les cristaux d'acide gras, qui occupaient ces petites cavités, dont les dimensions, la forme et la topographie rappellent d'une manière très remarquable celle des cellules adipeuses inter-acineuses existant dans les régions du voisinage. Tout au plus, peut-on dire que la lumière de ces cavités adipeuses est moindre que dans les régions encore vivantes.

Il est encore d'autres organes logés dans ces masses nécrobiotiques, dont on peut reconnaître la nature malgré leur mortification. Il s'agit de vaisseaux sanguins, les uns artériels, les autres veineux, qui, frappés également de mort, ont conservé cependant suffisamment de caractères histologiques pour ne laisser place à aucun doute. Qu'ils soient coupés transversalement ou obliquement, ces vaisseaux se reconnaissent, les uns à un cercle arrondi, hyalin, brillant, dense, d'une minceur assez grande et dans l'épaisseur duquel aucune trace n'existe plus d'éléments musculaires ; la limite interne de ces anneaux est caractérisée par une ligne onduleuse, vaguement striée, qui ressemble, en certains points, à une limitante élastique interne en voie de disparition. Parfois même, et cela en de rares endroits, les colorants appropriés et en particulier l'orcéine, permettent de teinter encore d'une manière différentielle tout ou partie de la limitante interne. La lumière comprise en dedans de cette ligne est occupée, quelquefois en totalité, quelquefois d'une manière incomplète, par des blocs granuleux, irréguliers,

brillants, d'un rouge-orangé. Cette substance fibrinoïde correspond aux éléments sanguins et aussi à la membrane interne, frappés en même temps de mortification. La question est de savoir si cette thrombose artérielle aurait pu être suffisante pour déterminer tous les désordres de nécrobiose.

Mais, puisque d'une part, maints de ces vaisseaux artériels ne sont pas complètement oblitérés et que, d'autre part, les placards de nécrose fibrinoïde sont souvent contiguës aux lésions vasculaires, il est logique d'en inférer que la même cause est venue frapper d'une manière simultanée, ou du moins sans succession manifeste, les canaux excréteurs de la parotide et les artérioles du voisinage. A côté de ces artères, se trouvent d'autres vaisseaux, veinules ou veines, ayant subi le même travail de désorganisation fibrinoïde.

D'une manière générale, les coupes de ces veines montrent un cercle fibrino-thrombosique notablement plus étendu. Les parois de la veine sont beaucoup moins reconnaissables que celles de l'artère. Les couches musculieuses et conjonctives apparaissent transformées en anneaux souvent onduleux, beaucoup moins denses que l'anneau artériel, mais le champ compris à l'intérieur de ces anneaux est plus vaste, presque totalement oblitéré par une sorte de fibrine, lamelliforme, onduleuse, sinueuse, laissant de place en place quelques petites cavités, à l'intérieur desquelles on reconnaît quelquefois encore des leucocytes, au noyau bien coloré, ou déjà en voie de mortification diffuse. A coup sûr, une thrombose-phlébite s'est produite à ce niveau avant la mortification fibrinoïde des parties.

En général, le tissu mortifié qui entoure ces différents conduits, canaux excréteurs, artérioles, veinules, est remar-

quable par son aspect fibrinoïde, souvent granuleux. Toutes les parties molles qui existaient à l'entour des canaux sont transformées en une matière amorphe, vaguement fibrillaire par endroit, plus nettement granuleuse en d'autres, laissant, de place en place, quelques petites mailles, à l'intérieur desquelles on put reconnaître la présence de noyaux de leucocytes, noyaux granuleux ou pulvérulents (état picnotique des noyaux).

Plus en dehors de ces zones péricanaliculaires, le tissu fondamental de l'organe se montre également mortifié; quelquefois, il est facile d'y reconnaître les squelettes d'acini glandulaires, dont la forme et les dimensions rappellent exactement celles des lobules parotidiens enflammés du voisinage. Ces lobules, mortifiés ou nécrobiotiques, sont quelquefois d'une coloration jaune orangé très brillante. Souvent, lorsque la coupe a été quelque peu oblique, la disposition de ces îlots glandulaires, de matière fibrinoïde, présente un aspect anguleux, ramifié même, absolument comme on le voit dans les lobules parotidiens, non loin des masses fibrinoïdes. Dans l'intervalle de ces îlots glandulaires morts, le tissu interstitiel des lobules a souvent gardé encore une apparence assez typique; on y voit, par exemple, des sortes de fibrilles ou de filaments brillants associés à des poussières nucléaires d'un violet sale qui permettent d'établir rétrospectivement la présence de lésions inflammatoires interstitielles, interlobulaires ou interacineuses, ayant existé préalablement à la mortification. Tel est l'aspect fourni par les blocs de mortification fibrinoïde que l'on pourrait appeler gommeux et qui parsèment surtout un des bords de la coupe. Autour de ces

îlots nécrobiotiques, d'apparence fibrinoïde, existe toute une série d'autres désordres fort curieux, mais bien différents, dont la description s'impose.

Suivant les points observés, la bordure des masses gommeuses en question se trouve constituée par un tissu cellulaire extrêmement lâche, comme œdématié, rempli de sérosité, et dont les mailles, d'une minceur excessive, distendues par le liquide mal coloré par les réactifs, contiennent dans leur intérieur un nombre très minime d'éléments cellulaires. Ces éléments sont, les uns, de simples lymphocytes, bien reconnaissables à leurs dimensions et à l'extrême minceur de leur protoplasme; les autres, de gros leucocytes mononucléaires, souvent vésiculeux, quelquefois anguleux, le plus souvent arrondis et pouvant chacun remplir la petite maille interstitielle distendue. D'autres, plus rares, sont des leucocytes polynucléaires, ne semblant pas éosinophiles. Tous ou presque tous ces éléments ont leur noyau bien centré; les vaisseaux sanguins qui circulent au milieu des mailles sont distendus par le sang, quelques vaisseaux sont gorgés de leucocytes mononucléaires. Il semble bien qu'il s'agisse là de vaisseaux lymphatiques. Sur d'autres points, la périphérie des placards gommeux est constituée par des îlots de lobules glandulaires parotidiens en voie d'inflammation atrophique et déjà sur le point de se mortifier. En effet, les acini et les canaux excréteurs sont, dans ces îlots, largement espacés, dissociés par une gangue interstitielle d'aspect bizarre; cette gangue n'est pas constituée uniquement par un tissu conjonctif fibrillaire ou fibroïde, comme on le verra plus en dehors de la région en étudiant le reste de la parotide; les cloisonnements épais se montrent, au con-

traire, constitués par des sortes de petits blocs de couleur métachromatique, rouge orangé, violet sale, au niveau desquels les fibres conjonctives semblent avoir perdu leur puissance colorante élective en même temps que de nombreux leucocytes, arrivés sans doute par diapédèse, s'y montrent en train de se nécrobioser. Leurs noyaux, petits, souvent pulvérulents, se perdent dans la masse en lui donnant un aspect violet sale. De même, dans ces espaces ainsi délimités, les acini sont presque tous déformés, opacifiés, avec des éléments cellulaires épithéliaux trop brillants, anguleux ou accumulés en blocs fibrinoïdes. On peut affirmer qu'à coup sûr, en ces endroits, le processus nécrobiotique qui a frappé les masses du voisinage est en train de se propager à l'intérieur des lobules voisins et de les mener à la mortification fibrinoïde, c'est-à-dire à la désintégration gommeuse terminale.

Il y a plus : sur certains petits lobules mis en contact des masses de nécrose fibrinoïde, on voit des pointes de mortification s'enfoncer de la périphérie à l'intérieur du lobule. Ces pointes se constituent de la façon suivante : un îlot de fines masses pulvérulentes, jaune orangé, îlot plus ou moins arrondi, s'est formé ; dans cet îlot, quelques rares leucocytes existent encore, mais tout le reste du tissu est mort, transformé en une sorte de masse granuleuse, assez vivement teintée à la façon de la fibrine ; autour de cette masse et tout contre elle ces éléments connectifs se disposent en pointe, en divergeant comme s'ils essayaient de limiter le processus envahisseur. Souvent aussi une couronne plus ou moins incomplète de lymphocytes s'intercale entre les éléments connectifs en question, dessinant ainsi une esquisse de cou-

ronnes lymphocytaires autour de cette sorte de minime gomme miliaire. Enfin, en quelques points, il n'est pas rare d'apercevoir, au contact de cet îlot nécrobiotique fibrinoïde, une ou plusieurs cellules géantes qui apportent à la lésion sa caractéristique nodulaire et permettent d'affirmer qu'on est en présence d'un processus infectieux bien différent de celui connu dans l'histoire histo-pathogénique de la tuberculose. Souvent même, autour de ces petits blocs mortifiés que nous avons le droit d'appeler des îlots gommeux intra et périlobulaires, de véritables follicules gommeux syphilitiques se sont formés; ils sont caractérisés par de petits îlots de cellules géantes entourées d'une manière très irrégulière d'ordinaire par quelques paquets de cellules brillantes, d'aspect épithélioïde, unies à des cellules connectives mises en désordre et le tout associé plus ou moins nettement à des fusées de leucocytes mononucléaires. Parfois même, la gomme miliaire se montre isolée et constituée presque toujours de deux ou trois cellules géantes conglomérées au milieu d'un tissu conjonctif manifestement enflammé.

Un troisième aspect présenté par les cellules qui entourent les zones mortifiées est le suivant : on voit un lobule parotidien isolé, chroniquement enflammé et pour ainsi dire enkysté au milieu de travées fibreuses, ce lobule est constitué par un canal excréteur encore normal ou plus souvent atteint de dilation atrophique. Ce canal est tapissé par une couche unique, quelquefois double, de cellules épithéliales, cylindriques, cubiques ou autres; souvent ces cellules ont proliféré, elles sont déformées, accolées en désordre les unes aux autres et la lumière du canal contient un liquide séro-albumineux dans lequel flottent d'assez nombreux leuco-

cytes. Le tissu cellulaire qui entoure le conduit principal, comme du reste celui qui accompagne les conduits secondaires, est irrité, épais, infiltré de multiples leucocytes mononucléaires, lymphocytes pour le plus grand nombre. Autour et au bout de ces canaux secondaires qui se ramifient à l'intérieur du lobule en question, les acini glandulaires apparaissent semés d'une manière irrégulière et en nombre extrêmement réduit. Ils sont toujours isolés les uns des autres, ne formant plus ces grappes riches, élégantes, qu'on reconnaît comme caractéristique des glandes salivaires. Leur lumière est variable, le plus souvent réduite, quelquefois, au contraire, élargie; les cellules sécrétoires s'y montrent irrégulières, plus pâles, moins accessibles aux colorants qu'à l'état normal, souvent leur protoplasme est granuleux, les noyaux maintes fois semblent plus abondants que normalement. Autour des canalicules excréteurs et des acini ainsi formés dans le lobule chroniquement enflammé, le tissu conjonctif se condense et forme une sorte d'enveloppe peu épaisse, constituée par de longues cellules fusiformes disposées sur une ou plusieurs couches, en réseau. Entre les éléments glandulaires ainsi enserrés, les mailles du tissu conjonctif apparaissent souvent gorgées d'innombrables lymphocytes, soit seuls, soit associés à quelques éléments nucléés au noyau excentrique. Maintes fois, la proportion de ces éléments leucocytaires interstitiels, accumulés en fusées ou en placards entre les organes glandulaires, est telle que ces derniers paraissent comme écrasés, disparus et que la parotidite interstitielle prédomine d'une manière extraordinaire. Sur d'autres points et souvent dans le même lobule le tissu conjonctif interstitiel se montre moins lympho-

cytaire, beaucoup plus énergiquement fibro-plastique. Ce sont alors des faisceaux de grandes cellules fusiformes allongées par séries parallèles qui viennent s'insinuer entre les acini et les canaux et peuvent constituer une gangue scléreuse de parotidite scléreuse. Il est loisible d'opposer l'un à l'autre ces deux processus interstitiels et de voir pour le premier une poussée spécifique intra-lobulaire récente, pour l'autre une forme chronique déjà ancienne. De toute façon, on peut affirmer que ces désordres ne ressemblent aucunement à ceux de la tuberculose de la parotide.

Sur aucune des coupes examinées nous n'avons pu rencontrer de véritables gommès miliaires. Tout au plus peut-on dire que les lymphocytes s'accumulent quelquefois au milieu des lobules en telle proportion qu'ils chassent excentriquement les éléments sécrétoires au point de constituer un îlot inflammatoire leucocytaire très circonscrit et auquel la dénomination de gomme miliaire, ou pour mieux dire de nodule gommeux miliaire, pourrait être accordée si les colorants appropriés y avaient décelé la présence du tréponème.

Dans un morceau biopsié on a trouvé des fragments de parotide situés à l'extrême limite de la glande. Là, les cul-de-sac sont nombreux, tassés les uns contre les autres, la gangue interstitielle est presque partout constituée par de minces travées connectives asservies à des vaisseaux sanguins. Les cellules adipeuses intra-lobulaires s'y révèlent rares et volumineuses. La comparaison est donc facile à établir entre les régions profondément détruites et les parties de glandes respectées. Cependant, on y découvre de larges placards d'un tissu fibreux dense, extrêmement épais,

dans l'intérieur duquel les vaisseaux sanguins apparaissent comme sculptés, et ce tissu offrait des lésions qui méritent d'attirer l'attention.

C'est ainsi, que quelques vaisseaux sanguins, veinules, semble-t-il, s'y montrent entourés d'une zone de périphlébite dense au point qu'il est presque impossible d'établir la limite du vaisseau, tant les couches externes se soudent intimement au tissu fibreux du placard de sclérose. De même, on découvre en quelques points des îlots assez réguliers de lymphocytes et de leucocytes mononucléaires tassés dans les mailles interstitielles et surtout autour des vaisseaux capillaires et des veinules. Ces îlots pathologiques, dont les caractères n'ont rien de pathognomonique, prennent une tout autre allure lorsque, accident commun, on les voit associés à quelques cellules géantes irrégulières de moyen et de grand volume, incrustées dans les mailles du tissu fibreux. En ces points où aucune trace de matière caséuse ou filbrinoïde n'apparaît encore, le soupçon s'éveille nécessairement et incite à rechercher les germes soit de la tuberculose, soit de la sporotrichose, soit enfin de la syphilis.

En effet, pour compléter le diagnostic de ces lésions de biopsie, il était nécessaire d'avoir recours aux techniques colorantes appropriées. La recherche des bacilles tuberculeux a été faite avec soin et est demeurée négative. De même, la recherche des champignons pathogènes, en particulier du sporotrichum, a été suivie d'insuccès complet.

Il est regrettable que l'attention n'ait pas été attirée *a priori* sur la possibilité d'une lésion syphilitique et que le fragment enlevé par biopsie n'ait pas été préparé extem-

poranément, de manière à y effectuer toutes les recherches du tréponème, suivant les méthodes maintenant en usage.

L'impression devient plus saisissante encore lorsque, comme dans nos pièces, un petit noyau scléro-caséux apparaît dans un des coins du tissu scléreux en question. Là une zone d'un tissu mortifié, brillant, infiltré de nombreux leucocytes en picnose, existe autour duquel les travées fibroïdes, denses, tassées, montrent çà et là une ou plusieurs cellules géantes.

Enfin, pour comble de bonne fortune, les fragments du tissu fibreux extirpés en même temps que la masse parotidienne contiennent sur quelques rares coupes une lésion très remarquable qui est la suivante :

Un gros vaisseau probablement veineux, coupé obliquement, apparaît en plein tissu fibroïde et se fait remarquer par l'état fibroïde de sa membrane externe, la dislocation de sa membrane moyenne, par des éléments cellulaires volumineux, pâles, quelquefois multi-nucléés (sortes de petites cellules géantes incrustées entre les faisceaux musculaires), enfin par l'oblitération complète de sa lumière. Cette lumière vasculaire est, en effet, comblée en totalité par une sorte de vaste placard bourgeonnant de tissu fibreux, de cellules fusiformes associées à des vaisseaux capillaires de nouvelle formation. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une endophlébite végétante et oblitérante dont la cause effective est reconnaissable, à un des angles de la coupe, sous l'aspect d'un petit placard de nécrose gommeuse, granuleuse, fibri-noïde qui s'est certainement développée dans l'intimité même de la membrane interne enflammée. Cette zone de matière caséiforme au milieu de laquelle de nombreux leucocytes en

picnose se reconnaissent, est elle-même surmontée par une suite de bandes de sept à huit cellules géantes incrustées dans les mailles du tissu conjonctif oblitérant endophlébique.

Il est certain que cette endo-phlébite gommeuse est consécutive à une lésion de même nature développée dans le tissu conjonctif fibreux soumis à notre étude, car, au-dessous de la veine, la coupe cessant bientôt, on peut reconnaître cependant une zone de tissu fibreux rempli d'innombrables poussières nucléaires, provenant de leucocytes mortifiés (picnose). Ces lésions ne présentent aucun des caractères habituels des lésions vasculaires de la tuberculose.

Conclusion. — Si nous envisageons l'ensemble des renseignements fournis par Lancereaux, Grawitz, Mandowsky, Heller, nous pouvons conclure qu'au niveau des glandes salivaires, la syphilis peut déterminer soit un processus d'inflammation chronique interstitielle, soit une néoformation gommeuse. Si l'altération atteint parfois presque exclusivement le tissu conjonctif et laisse le parenchyme glandulaire normal (Heller), ailleurs on voit, à côté de l'altération du tissu inter-acineux, l'envahissement des acini glandulaires. Le cas de Mandowsky donne l'impression d'une gomme en voie de développement (ayant peut-être son point de départ dans le ganglion lymphatique voisin) et la tumeur examinée par Grawitz montre une caséification totale d'un noyau central dans une masse où sont incorporés la plus grande partie des lobules glandulaires.

Quant à notre observation personnelle, elle nous montre, en résumé, une véritable parotidite chronique syphilitique

essentiellement caractérisée par la formation d'îlots de nécrose fibrinoïde (gommes diffuses) associés à une parotidite insulaire interstitielle, spécifique.

Contrairement à ce qu'a vu Faroy chez le fœtus et le nouveau-né hérédosyphilitique, on n'a jamais trouvé de tréponème dans les lésions des glandes salivaires de l'adulte au cours de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire tardive. Mais il est vraisemblable que ce résultat sera obtenu par des observateurs avertis, employant les techniques appropriées.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle)

Le malade est un homme de 39 ans, dont la santé générale est excellente, il est ouvrier peintre, mais il n'a jamais eu aucun accident de saturnisme.

Au mois de mai 1911, il a constaté pour la première fois, en avant du lobule de l'oreille, du côté droit, un nodule dur, non douloureux, dont les dimensions ne dépassaient pas alors celles d'une noisette. Dès cette époque il éprouvait une certaine gêne dans les mouvements de la mâchoire, ce phénomène devait s'accroître au cours de la maladie, à l'exclusion de tout autre trouble fonctionnel.

Vers le milieu de septembre la petite masse pré-auriculaire a déjà atteint le volume d'une châtaigne. Elle ne provoque aucune douleur, elle est tout à fait insensible à la pression ; de consistance ferme, lisse, elle occupe à peu près exactement la loge parotidienne et semble bien formée par la glande salivaire hypertrophiée dans son ensemble. Sa forme est ovoïde, à grand axe vertical, elle détermine une saillie, très apparente à la simple inspection, et à son niveau la peau, quoique souple et mobile, semble un peu plus rouge que dans le voisinage.

Il n'existe pas de ganglions dans les régions sous-maxillaires

et carotidiennes et la parotide du côté gauche est parfaitement normale ainsi que les autres glandes salivaires. L'exploration du canal de Sténon et l'examen de son orifice montrent que la salive s'écoule normalement. L'inspection de la bouche, du pharynx, des fosses nasales, n'indique rien qui puisse renseigner sur la nature de l'affection. Neuf ans auparavant, le malade a souffert d'une paralysie faciale du côté droit, cette paralysie a duré trois mois et a guéri sans laisser aucune trace.

Comme on hésitait à porter un diagnostic ferme, le malade fut laissé en observation pendant quelques semaines encore ; mais, sa tumeur continuant à augmenter de volume, dans la crainte d'une évolution maligne possible, on décide de pratiquer l'extirpation de la glande parotide. Au dernier moment cependant quelques doutes surgissent dans l'esprit du chirurgien qui se contente de prélever un petit fragment du néoplasme pour en demander l'examen histologique. Immédiatement après cette légère opération, le malade a voulu quitter le service pour reprendre son travail ; il revient pourtant au mois de décembre. Alors non seulement la tumeur est considérablement augmentée de volume, mais, à la surface de la saillie parotidienne, on voit une ulcération d'un centimètre carré environ, à contour très net, à fond jaune-grisâtre.

L'étude du fragment prélevé ayant donné les renseignements rapportés ci-dessus, on pratique la réaction de Wassermann qui se trouve être très nettement positive.

Le premier traitement mis en œuvre consiste en injections de biiodure qu'on poursuit pendant une vingtaine de jours. Après ce temps, la masse parotidienne a sensiblement diminué, mais sa consistance reste la même ; l'ulcération est toujours aussi étendue, il s'y forme même une fistule salivaire.

On se décide alors à pratiquer des injections intra-veineuses de Salvarsan. D'abord 30, puis, huit jours après, 60 cent. sont ainsi administrés. Très rapidement la lésion s'assouplit et s'affaïsse, l'ulcération se comble, devient linéaire, cesse de suinter, la fistule salivaire se tarit. On termine la médication par une

nouvelle dose de 30 cent., la cicatrisation est complète, la tumeur entièrement disparue, la peau presque normale. Cette guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour (avril 1913).

Remarquons que rien dans l'histoire de notre malade ne pouvait faire penser à la nature spécifique de son affection. Il s'est marié jeune, il a eu trois enfants actuellement vivants, un seul est un peu maladif et présente des lésions rachitiques du squelette. La réaction de Wasserman de cet enfant, faite ultérieurement, fut négative. Cet homme assure naturellement n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne et un interrogatoire détaillé n'a pas permis de relever dans son passé le moindre accident suspect. Seule l'étude histologique de la lésion a pu donner la solution du problème clinique.

Observation II (MORESTIN)

Mon malade est un homme de cinquante-huit ans, robuste et d'une santé habituelle excellente.

Dans le courant du mois de juin 1911, il découvrit par hasard, derrière et un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire, du côté gauche, une petite masse anormale, de consistance très ferme.

Comme cette induration ne s'accompagnait d'aucune souffrance, d'aucun trouble fonctionnel, notre homme ne s'en tourmenta point tout d'abord et laissa aller les choses.

Le nodule constaté au mois de juin s'amplifia peu à peu très lentement ; l'asymétrie entre les deux régions parotidiennes devint manifeste ; les mois passant, une saillie très apparente finit par se dessiner du côté gauche.

En octobre, une masse secondaire s'était montrée au niveau du cou, et s'était elle aussi étendue silencieusement. A aucun moment le sujet n'avait éprouvé la moindre douleur.

Quand, le 20 janvier, X... entra dans mon service, à l'hôpital Tenon, la région parotidienne gauche tout entière était occupée par une tumeur formant un relief assez accusé, dépassant par

en bas l'angle de la mâchoire, s'étendant en avant sur la face interne du masséter, débordant en somme les limites du creux parotidien, comme la parotide elle-même. Les téguments soulevés avaient conservé toute leur mobilité et leurs caractères normaux.

A la palpation, la tumeur était très dure, absolument ligneuse, indolente à la pression, sans adhérence à la mâchoire, ni au masséter. Elle semblait infiltrée dans toute la glande ou du moins dans la majeure partie de celle-ci. L'on n'en pouvait très exactement préciser les limites. Sa surface n'offrait aucune bosselure. Elle ne présentait qu'une obscure mobilité. On notait une très légère parésie du facial supérieur. L'examen du canal de Sténon fut négatif ; son orifice buccal ne présentait aucune trace d'inflammation. Je n'en pus voir s'écouler la salive. La pression sur le trajet du canal ne ramenait rien.

On ne notait du côté du pharynx aucune saillie en rapport avec le prolongement pharyngien de la glande.

Sur la face interne des joues, de chaque côté, on constatait l'existence de plaques blanches rétro-commissurales, peu étendues, mais offrant les caractères les plus nets de la leucoplasie.

A n'envisager que la tumeur parotidienne, lentement développée, diffuse, indolente et très dure, ma première impression fut qu'il s'agissait d'un cancer de la parotide, et c'était là, bien sûr, le diagnostic vraisemblable.

Mais le malade était porteur d'une autre lésion. Au niveau du cou, à gauche, on notait la présence d'une autre tumeur du volume d'un petit œuf, occupant les deux tiers inférieurs de la peau, mais incorporée au sterno-mastoïdien et fixée par des contractions.

Était-ce une lésion développée dans l'épaisseur du muscle, ou une adénopathie qui lui serait devenue secondairement adhérente ? C'était là une question très difficile à trancher. La seconde hypothèse cadrerait assez bien avec le diagnostic de can-

cer parotidien. Je remarquai, cependant, que cette adénopathie siégeait un peu bas, que la partie supérieure de la région mastoïdienne était souple, libre, alors qu'elle eût dû être envahie en premier lieu. D'autre part, les connexions de la tumeur avec le muscle étaient tellement intimes, et ce muscle est si bien le siège d'élection des gommes syphilitiques que je dus envisager la possibilité d'une manifestation tertiaire.

Le malade, interrogé dans ce sens, nous déclara qu'il n'avait jamais eu la syphilis, et nous n'en pûmes retrouver trace dans les antécédents. Cependant je n'attachai pas d'importance à ces dénégations, car j'avais remarqué sur la face interne des joues les plaques blanches dont l'origine spécifique est si commune.

Mais dès lors un doute surgissait au sujet de la tumeur parotidienne elle-même. N'était-ce pas une pseudo-tumeur ?

La lésion cervicale pouvant être une gomme du sterno-mastoïdien, la masse parotidienne ne devait-elle pas être liée à un processus pathologique dépendant de la même cause, un syphilome parotidien ? C'est ce que j'ai voulu éclaircir à l'aide du traitement avant d'entreprendre l'intervention très large qui eût été de mise avec le diagnostic de cancer, intervention que le malade, d'ailleurs, acceptait d'avance avec résignation.

Ce traitement a été commencé le 28 janvier. On a fait au malade en seize jours quatorze piqûres de deux centigrammes de Iodure. Dès la quatrième, un changement devenait manifeste, tant du côté du cou que du côté de la parotide. Ces modifications se sont accentuées les jours suivants et d'une façon telle qu'aujourd'hui, il ne reste plus aucun doute sur la nature des lésions. Il s'agit bien d'un syphilome parotidien, accompagné d'une gomme du sterno-mastoïdien. La parotide s'est assouplie. On ne perçoit plus dans son épaisseur qu'un noyau du volume d'une noisette. La tumeur a donc fondu avec une rapidité merveilleuse. Dans le sterno-mastoïdien on ne sent actuellement qu'une induration fusiforme que l'on peut localiser dans le chef sternal. Dans peu de jours il n'en restera plus aucune trace.

Il y a donc des syphilomes parotidiens. Ces lésions simulent

des tumeurs et exposent aux p̄lus périlleuses confusions. Supposons qu'il n'y ait pas eu d'autre manifestation concomitante, j'aurai dû, logiquement, faire subir au malade une opération grave et mutilante.

En conséquence, il ne faut jamais oublier cette perpétuelle cause d'erreur qu'est la syphilis, et au plus léger doute, éveillé par un examen complet, faire l'épreuve du traitement.

Observation III (GILE)

James Mac J., célibataire, âgé de 29 ans, chaudronnier, vient consulter pour une grosse tuméfaction douloureuse du côté droit de la mâchoire, surdité de l'oreille droite et trismus.

Le père est mort accidentellement à 58 ans, sa mère est âgée de 58 ans, en bonne santé, un frère et trois sœurs sont vivants et bien portants ; deux frères et une sœur sont morts en bas âge.

Il a eu la rougeole à 13 ans, sans complication. Le 29 août 1903 il a des rapports sexuels (la première fois depuis près d'un an), le 29 septembre il constate une petite plaie du gland. Le 12 décembre 1903, il consulte un médecin au sujet d'ulcérations de la gorge qui s'accompagnèrent bientôt d'alopécie et d'une éruption généralisée à tout le tégument, mais plus marquée sur les membres et sur la poitrine, les ganglions de l'aîne sont engorgés. Pendant tout ce temps le malade est févreux, il souffre de maux de tête, de douleurs osseuses et d'anorexie. Il est enroué et enchiffrené. On lui dit qu'il a la syphilis et un traitement mercuriel est institué qui durera six mois ; après six semaines tous les symptômes disparaissent. Il cessa de prendre du mercure au mois d'août 1904 et ne suivit aucun traitement jusqu'au moment où apparaissent les accidents qui nous occupent.

Il y a cinq semaines, le malade a consulté un médecin pour une tuméfaction douloureuse située à l'angle droit du maxillaire inférieur ; la douleur s'irradiait vers la région temporale. Bien-

tôt apparut un assourdissement de l'oreille droite s'accompagnant de tintements. En même temps, commença une obstruction nasale qui devint bientôt complète. Vers le 7 décembre, une petite opération fut faite au niveau des fosses nasales.

Le 14 décembre 1905, nous voyons le malade ; on constate une grosse tuméfaction siégeant sur le côté droit de la face, au-dessous de l'arcade zygomatique, en avant et au-dessous de l'oreille et s'étendant sur la joue. La peau est très tendue et colorée par des applications répétées de teinture d'iode. Par le toucher, on peut limiter les glandes sous-maxillaire et parotide ; cette dernière est très augmentée de volume. Les orifices des canaux salivaires sont normaux et la pression des glandes ne détermine pas d'évacuation de liquide salivaire. Il est impossible d'introduire un spéculum dans le conduit auditif externe. Au niveau de l'oreille droite, la conduction aérienne est abolie, la conduction osseuse normale. L'audition de l'oreille gauche est normale. Le malade ne peut pas ouvrir la bouche suffisamment pour qu'on examine l'oro-pharynx. Le cornet inférieur gauche ainsi que la cloison nasale sont rouges, brillants et tuméfiés. Même constatation du côté droit ; on aperçoit en outre une ulcération sur la partie antérieure du cornet inférieur (due probablement à l'opération qui avait été faite la semaine précédente) ; on ne constate pas d'augmentation de volume des glandes salivaires gauches, pas de ganglions cervicaux postérieurs, inguinaux ou épitrôchléens, pas d'hypertrophie de la rate, du foie.

On fait le diagnostic d'infiltration gommeuse des glandes parotides et sous-maxillaires du côté droit, du septum nasal et des cornets inférieurs. On ordonne de l'iodure de potassium. Le malade ne revint pas avant le 18 décembre ; à cette date, il a dormi pendant les deux nuits précédentes. C'est le seul repos ininterrompu qu'il a pu prendre depuis plusieurs semaines.

La bouche s'ouvre mieux et la muqueuse nasale subit maintenant l'action de l'adrénaline ; la tuméfaction du côté droit du visage a diminué et la peau commence à se rider.

On continue le traitement ioduré.

Le 26 décembre, on ne constate plus qu'une légère tuméfaction en avant et au-dessous de l'oreille. On peut à peine sentir la glande sous-maxillaire ; il n'existe plus de sensibilité douloureuse, les fosses nasales ont repris leur perméabilité ; l'examen du pharynx et du larynx reste négatif. La conduction aérienne reste plus faible que la conduction osseuse. L'épreuve de Weber est positive. Ces phénomènes s'améliorent après cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Le 23 janvier, le même traitement ayant été poursuivi, il n'y a plus d'augmentation de volume des glandes salivaires. Les fosses nasales sont normales, l'audition satisfaisante.

Observation IV (DE LAPERSONNE)

Il s'agit d'un homme de 42 ans, mais paraissant beaucoup plus que son âge, entré le 3 mai 1912 à la salle Saint-Julien. Il y a sept semaines, ses paupières sont devenues subitement volumineuses, il avait d'assez violentes douleurs ; au bout de quinze jours, le gonflement a commencé à diminuer. Cinq semaines environ après le début des lésions palpébrales, sont apparus les symptômes d'un iritis double ; enfin, il y a quelques jours, une double orchite est venue s'ajouter au tableau clinique.

Lorsque nous l'examinons, la tuméfaction de la paupière supérieure, bien qu'atténuée, est encore très visible, surtout à la partie externe de l'orbite, une tumeur dure, se terminant en avant par un bord mince, s'enfonçant dans l'orbite, bien limitée en dedans et en dehors, du volume d'une noisette et occupant exactement la loge de la glande lacrymale orbitaire. Ces signes sont à peu près pareils des deux côtés. La pression est peu douloureuse ; pas d'adénite ni de rougeur de la peau ; aucune fluctuation.

L'iritis est bilatéral ; avec une injection périkeratique peu intense, peu de réaction ; des synéchies postérieures nombreuses avec exsudats pupillaires et même un léger trouble cornéen. L'acuité visuelle est considérablement réduite : du côté droit, il

n'a que la perception lumineuse ; à gauche, il compte difficilement les doigts à 50 centimètres.

L'orchite est apparue il y a cinq jours, brusquement, dans une nuit. La douleur spontanée est peu violente ; par la pression, le testicule n'est très douloureux qu'en un point. Les deux épidydymes sont durs et notablement augmentés de volume ; la tuméfaction est moins considérable sur la glande elle-même qui ne présente aucune déformation à la surface, ni la dureté ordinaire du testicule syphilitique. Il faut d'ailleurs noter l'absence complète de tout écoulement urétral, de tout signe inflammatoire du côté de l'urèthre.

Comme antécédents chez ce malade, nous trouvons une blennorragie, il y a 20 ans, accompagnée d'orchite. Il n'a pas de signes de tuberculose. Il n'a eu, dans ces derniers temps, ni grippe, ni autre maladie infectieuse aiguë. Il est alcoolique à haute dose. Il n'accuse pas de syphilis et on ne retrouve, comme stigmates, que quelques taches douteuses sur le corps et des ganglions inguinaux petits et nombreux.

Malgré cela, en raison surtout des manifestations oculaires, nous instituons un traitement antisiphilitique : injection de un centimètre cube d'huile biiodurée tous les deux jours, alternant avec frictions mercurielles, et deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Après un mois et demi de traitement, l'iritis est peu améliorée ; les exsudats encombrant la pupille ; l'iris est mamelonné aussi bien à gauche qu'à droite. Le malade n'a que la perception lumineuse. En revanche, l'adénite lacrymale a notablement diminué de chaque côté ; les testicules sont un peu réduits de volume.

A ce moment apparaît une adénite du sein gauche. On sent très nettement à la palpation que la glande est plus grosse et plus dure que du côté droit. Il est à noter que la douleur, dans cette adénite mammaire, est sensiblement plus grande que dans les autres manifestations accusées par le malade.

Les glandes parotides sont également intéressées, elles sont volumineuses et d'une dureté remarquable. Cette dureté est d'autant plus facile à apprécier que la glande repose sur le bord postérieur du maxillaire, avec lequel on pourrait la confondre si on ne prenait soin de la mobiliser légèrement. Les parotides sont indolores spontanément comme à la palpation. Le malade a remarqué qu'il se produit, de temps à autre, une petite poussée, caractérisée par une tuméfaction plus grande qui disparaît rapidement. Pas de ganglions pré-auriculaires ou sous-maxillaires.

Le 5 octobre 1902, le malade est venu une dernière fois. L'iritis est en régression des deux côtés ; l'injection périkeratique a disparu ; la cornée s'est éclaircie, mais des deux côtés il y a de nombreuses synéchies postérieures et des exsudats pupillaires qui empêchent l'examen du fond de l'œil. A droite, il voit passer la main à 50 centimètres ; à gauche, il compte les doigts à 1^m 50.

Les glandes lacrymales sont toujours accessibles au doigt, mais elles ont considérablement diminué de volume. Elles sont comme rentrées dans l'orbite ; à la palpation, on les limite nettement, grâce à leur dureté.

Les testicules et les glandes mammaires ne sont plus augmentés de volume et ne paraissent pas indurés.

Les glandes parotidiennes seules restent volumineuses et très dures.

Observation V (GUTMANN)

(Résumé)

Un malade âgé de 27 ans est atteint, en 1903, d'une affection pulmonaire aiguë pour laquelle il entre à l'hôpital. A ce moment il présente un chancre induré. Six semaines après, l'affection pulmonaire étant guérie, on constate l'apparition d'une roséole et le malade est soumis au traitement hydrargyrique.

En juillet 1906, le sujet est atteint de troubles oculaires consistant en une sensation de cuisson au niveau des conjonctives, s'accompagnant de sécrétion purulente. On remarque, en même temps, une tuméfaction des deux régions parotidiennes.

Les fentes palpébrales sont rétrécies surtout du côté temporal ; au palper, on sent une petite tumeur dure, rénitente, qui correspond à la glande lacrymale. On perçoit aussi des cordons indurés constitués sans doute par le conduit excréteur de cette glande. Il existe une conjonctivite très accusée.

La tuméfaction des parotides est considérable ; celles-ci sont dures et empâtées, absolument indolores comme les glandes lacrymales. Les glandes sous-maxillaires hypertrophiées ont le volume d'une grosse noix et ne présentent pas non plus de sensibilité douloureuse. On pose le diagnostic de maladie de Mikulicz.

L'examen du sang donne les résultats suivants : hématies, 5.400.000 ; leucocytes, 6.000 ; 108/100 d'hémoglobine ; polynucléaires neutrophiles, 62 % ; éosinophiles, 4 % ; lymphocytes, 32 % ; gros mononucléaires, 2 %. Plaquettes normales. En résumé, très légère lymphocytose.

En septembre 1906, on constate un reliquat de l'affection pleuro-pulmonaire observée en 1903, de l'éréthisme cardiaque dû, peut-être, à une myocardite chronique syphilitique, une, parésie vaso-motrice légère au niveau des téguments de l'abdomen.

On donne de l'iodure de potassium. Au cours du traitement, la conjonctivite s'améliore et la tuméfaction des parotides diminue.

Deux mois plus tard, la parotide est à peine hypertrophiée. On ne sent plus les sous-maxillaires et les sub-linguales ; il existe encore un peu de conjonctivite ; les glandes lacrymales sont encore faiblement perceptibles et la fente palpébrale est encore rétrécie en dehors.

Le traitement ioduré est continué pendant trois mois encore et, à ce moment, la guérison est complète.

Observation VI (KOSCHEL)

(Résumé)

Ida K..., âgée de 30 ans, entre le 22 février 1897, à l'hôpital de la Charité, pour une collection suppurée du creux poplité.

Le père de la malade est vivant, en bonne santé, la mère est morte d'apoplexie cérébrale, trois frères et sœurs sont vivants et en bonne santé, quatre sont morts en bas âge. Un frère et le père de la malade ont une déformation du nez (sattelnase).

La malade a été réglée à 12 ans, sa menstruation a toujours été régulière ; en 1889 elle a eu la diphtérie et garde depuis cette époque un certain degré de laryngite.

En 1889 elle a eu un enfant à terme qui est mort immédiatement après sa naissance. En février 1894 elle est venue consulter à la clinique des maladies vénériennes pour une éruption cutanée, laquelle fut traitée par des injections. Deux mois après on soigne la malade pour une ulcération des organes génitaux. Enfin, le 31 décembre 1896, cette femme vit apparaître une grosseur au niveau de sa joue gauche et, le 2 janvier suivant, elle constata dans son creux poplité une autre tuméfaction.

Voici l'état de la malade au moment de son entrée dans le service, le 22 février 1897 :

Le nez est déformé d'une manière caractéristique ; la cloison des fosses nasales est le siège d'une large perforation ; la muqueuse a l'apparence qu'elle présente habituellement dans la rhinite atrophique ; on ne peut d'abord examiner le pharynx et l'intérieur de la bouche en raison du trismus, mais quelques semaines plus tard on constatera que la voûte palatine présente une configuration irrégulière due à des déformations cicatricielles, principalement au niveau de la fossette sus-amygdaliennne gauche. Les parois du pharynx sont enflammées. La luette n'existe plus, la malade parle d'une voix nasonnée par défaut d'occlusion de l'isthme naso-pharyngien. On constate également

une parésie des muscles ary-aryténoidiens, les deux cordes vocales sont un peu tuméfiées.

A l'exception des ganglions inguinaux engorgés, on ne trouve pas d'adénite sur le reste du corps.

La petite lèvre gauche est hypertrophiée ; au voisinage du clitoris on trouve deux ulcérations presque cicatrisées.

Nous avons vu que depuis le 31 décembre 1896 il était apparu un gonflement de la joue gauche qui, développé peu à peu, présentait l'aspect suivant au moment où la malade entra dans le service :

La parotide gauche est très tuméfiée. La tumeur atteint en haut l'arcade zygomatique, en avant une ligne verticale passant par l'angle externe de l'œil, en arrière et en bas elle atteint l'angle du maxillaire. La partie de la tumeur qui se trouve en avant de l'oreille est dure, sa surface est bosselée. La tumeur est très peu mobile. Vers l'angle du maxillaire on constate une fluctuation très nette. La bouche s'ouvre si difficilement qu'on ne peut y introduire qu'un seul doigt. Le 24 février, la tumeur s'est encore accrue et ses limites sont facilement perceptibles. La peau qui la recouvre est assez mobile, sauf vers l'angle de la mâchoire. Par la pression on fait sourdre un peu de salive au niveau de l'orifice du canal de Sténon.

Dans le voisinage de la parotide tuméfiée on ne constate pas d'engorgement ganglionnaire.

On fait un traitement antisyphilitique et on applique localement un emplâtre mercuriel. Grâce à ce traitement, le 21 mars, la glande a considérablement diminué. Une partie s'est complètement résorbée, la zone fluctuante située à l'angle du maxillaire est en train de disparaître. Il n'y reste bientôt plus qu'une zone indurée, large comme une pièce de deux centimes, non adhérente à l'os, mais adhérente à la peau. La malade peut ouvrir la bouche.

Le 21 mai, même état de la parotide. L'abcès du creux poplité qui s'était fistulisé est presque guéri. L'état général est bon.

Observation VII (SYMMERS)

(Résumé)

T. S., âgé de 60 ans, mulâtre, palefrenier. Pas de renseignements sur sa famille.

Paralysie faciale gauche en 1878. En juin 1894, le malade aurait eu une « attaque d'hémiplégie » après laquelle il a donné des signes d'aliénation mentale. Fumait et buvait à l'excès. Infection syphilitique probable.

Le malade est bâti comme un athlète ; on remarque le ptosis de la paupière gauche, la tête est inclinée vers l'épaule de ce côté.

Le front est fuyant, les vaisseaux de la région temporale sont sinueux et durs. Les oreilles, comparées à la taille de la tête, sont petites et inclinées en dehors. Les lobules sont adhérents. L'oreille droite montre un petit tubercule situé à la partie supérieure de l'hélix. Quand le malade est couché, on observe une proéminence marquée de la région parotidienne droite. Du côté opposé, la déformation est moins marquée. La masse droite est irrégulièrement ovoïde, molle et élastique, un peu mobile, non douloureuse au toucher, et sa consistance ne change pas pendant les moments de mastication. La peau n'est pas adhérente. La tuméfaction commence un peu au-dessous de la racine du zygoma et s'étend en bas sur le cou sur une longueur d'un pouce et demi au-dessous de l'angle de la mâchoire. En arrière elle s'étend au-dessous du lobule de l'oreille, dans la région de la cavité glénoïde. Quand le malade s'assied, la masse prend des dimensions plus marquées.

A gauche, la voussure, quoique moins développée, correspond à celle du côté opposé. Quand le malade est debout, la tête droite, les deux masses sont à peu près symétriques.

La langue est large à sa base et effilée à son extrémité libre. Elle est irrégulière, fissurée et déviée à droite. La voûte du palais est ogivale. La cornée est entourée d'un cercle de dégénéres-

cence graisseuse et la conjonctive montre des plaques de même nature. Les pupilles sont très contractées, égales et régulières. Pas de signe d'Argyll. Il n'y a pas de nystagmus et les mouvements du globe oculaire sont normaux. Les glandes lacrymales n'ont pas augmenté de volume.

On ne constate pas d'hypertrophie des glandes sous-maxillaire, sublinguale ou du corps thyroïde.

Les glandes mammaires sont plus développées que normalement, dures à la palpation, non douloureuses.

Cœur. — Le premier bruit est sourd, le second bruit aortique est très accentué, mais l'on ne constate pas de souffle. Les poumons paraissent sains. La rate n'est pas perceptible à la palpation.

La démarche est ataxique, les réflexes rotuliens totalement absents. 90 pulsations à la minute. Artères très athéromateuses. Sur les jambes on constate un certain nombre de cicatrices vraisemblablement spécifiques, la parole est lente, difficile, interrompue.

L'urine ne présente rien d'anormal.

Observation VIII (FOURNIER)

M. X..., un de mes clients habituels, âgé d'une trentaine d'années, vient me consulter le 27 octobre 1873 pour des accidents assez singuliers qu'il éprouve vers la bouche. Depuis une quinzaine, dit-il, il ressent une certaine gêne pour parler et pour avaler. Ces derniers jours, ayant introduit le doigt dans la bouche pour chercher la cause de cet embarras, il a reconnu sous la langue, du côté droit, l'existence « de quelque chose de dur qui a certainement grossi dans ces derniers temps, sans donner lieu cependant à la moindre douleur ».

Je remarque, en effet, en l'écoutant me raconter ce qui précède, que la parole est altérée d'une façon assez notable dans l'articulation de quelques mots. Le malade parle comme s'il avait un

corps étranger dans la ^{*}bouche. Relativement, les troubles de la déglutition sont moindres ; ils consistent simplement en un certain embarras, une sorte de « tiraillement » alors que le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier. Du reste, aucun trouble local ou général. Etat satisfaisant de toutes les fonctions, santé parfaite.

Procédant à l'examen local, je constate aussitôt un léger soulèvement antéro-postérieur dans la fosse sublinguale droite. Là existe une tumeur que le doigt sent et limite facilement. Cette tumeur est située sous la muqueuse du plancher de la bouche, muqueuse d'ailleurs intacte à tous égards. Elle est oblongue, ovalaire, absolument comparable, comme volume et comme forme, à une datte de moyen volume. Comme emplacement et comme direction, elle correspond exactement à la glande sublinguale et il n'est pas douteux un instant qu'elle ne soit constituée par cette glande tuméfiée, affectée d'une certaine façon. Ainsi, d'une part, elle est située sous la langue latéralement ; d'autre part, elle est plus rapprochée de la langue que du maxillaire ; enfin, elle est dirigée suivant un grand axe d'avant en arrière et de dedans en dehors. Son extrémité antérieure est un peu renflée et arrondie, tandis que la postérieure, plus grêle, plus effilée, se continue jusqu'à la partie la plus reculée du plancher buccal. De la sorte, cette tumeur mesure environ quatre centimètres de longueur sur un centimètre de largeur au niveau du point où elle atteint son maximum de développement.

Au toucher, elle est résistante, ferme, assez dure pour donner immédiatement la sensation d'un néoplasme solide et exclure l'hypothèse d'une production liquide enkystée. Il constitue une lésion nettement limitée, au pourtour de laquelle les tissus ambiants se présentent absolument sains. Enfin, elle est complètement indolente au palper et à la pression.

Ce ne fut pas un médiocre embarras pour moi que d'instituer un diagnostic sur cette tumeur. Cependant, en y réfléchissant, les hypothèses à faire se circonscrivaient dans un cercle assez restreint. Une phlegmasie simple n'était pas admissible, vu

l'absence de tout caractère inflammatoire. L'idée d'une production liquide enkystée devait être également exclue, en raison de la consistance manifestement solide de cette tumeur. Restaient les néoplasmes solides. Il me paraissait impossible de songer au cancer, vu l'âge du malade, le développement très rapide des accidents, etc. Mais ne pouvait-il s'agir d'une production adénoïde ? Pendant que je discutais à part moi ces divers diagnostics, il me revint en souvenir que mon client était un ancien syphilitique et je me demandais alors si la syphilis ne pouvait être mise en cause dans le cas actuel et si cette infiltration de la glande sublinguale n'était pas une de ces infiltrations tertiaires telles qu'on en a quelquefois observé dans la glande sous-maxillaire et dans le pancréas.

Les antécédents syphilitiques du malade n'étaient pas douteux. Onze ans auparavant (en juillet 1862), je l'avais traité pour trois petits chancres syphilitiques de la rainure glando-préputiale, accompagnés de pléiades inguinales très accusées. Quelques mois plus tard s'étaient produits divers accidents secondaires d'ailleurs assez légers : syphilide papuleuse discrète, éruption croûteuse du cuir chevelu, plaques opalines de l'isthme du gosier. Le traitement spécifique intervenu à cette époque avait coupé court à toute autre manifestation. Mais ce traitement n'avait été prolongé en réalité que d'une façon insuffisante. Le malade se trouvait donc, après onze ans d'infection, dans cette période où la diathèse s'accuse fréquemment par des déterminations viscérales. Il n'était pas impossible, conséquemment, que la lésion actuelle de la glande sublinguale fût un accident tertiaire de vérole.

Dans cette pensée, et je dirai dans cette espérance, je résolus de tenter le traitement spécifique et je prescrivis un sirop d'iodure de potassium.

L'influence de cette médication fut immédiate et surprenante, comme on pourra en juger par les notes que je recueillis à chaque visite du malade et que je transcris textuellement :

30 octobre (c'est-à-dire trois jours après le début du traitement).

— Amélioration très marquée. La tumeur paraît diminuée. En tous cas, le malade mange et parle plus facilement.

3 novembre. — Diminution très notable de la tumeur, réduite d'un quart pour le moins.

12 novembre. — La tumeur a diminué de moitié. Les troubles fonctionnels de mastication et de parole ont tout à fait disparu.

24 novembre. — La tumeur, qui avait primitivement les dimensions d'une datte de moyen volume, est tout au plus comparable aujourd'hui à un noyau de datte.

3 décembre. — Diminution continue.

11 décembre. — Il ne reste plus aujourd'hui de la tumeur qu'une dureté filiforme mesurant deux centimètres environ en longueur, sur une largeur d'un millimètre.

Janvier 1874. — L'induration sublinguale est à peine perceptible. Elle achève de disparaître dans les semaines suivantes. Et depuis lors, jusqu'à ce jour, la guérison s'est maintenue.

Une action aussi rapidement, aussi immédiatement résolutive, exercée par l'iodure de potassium, me semble devoir laisser bien peu de doutes sur la nature spécifique de cette lésion. Je me crois donc autorisé, de par les particularités cliniques relatées précédemment et surtout par les résultats du traitement spécifique, à considérer l'accident précité comme un exemple de *dégénérescence tertiaire de la glande sublinguale*.

Comme confirmation indirecte du diagnostic porté sur la nature de la tumeur sublinguale, j'ajouterai que, peu de temps après l'accident dont il vient d'être question, mon client présenta, à deux reprises, de nouvelles manifestations spécifiques, à savoir : en décembre 1873, une papule tuberculeuse du gland ; et en novembre 1874, une poussée de psoriasis palmaire et plantaire, détermination morbide souvent très tardive, comme on le sait, dans les syphilis insuffisamment traitées à leur début. Ces deux explosions de la diathèse, succédant, dans un court délai, à une tumeur sublinguale, ne fournissent-elles pas un appoint de probabilité en faveur de la spécificité de ce dernier accident ?

Une dernière question pourrait être agitée. En admettant, comme cela semble bien vraisemblable, qu'on ait eu affaire dans ce cas à une dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale, quelle a été la nature de cette dégénérescence ? S'est-il agi d'une hyperplasie simple par prolifération conjonctive, hyperplasie analogue à celle qui constitue la forme habituelle du sarco-cèle syphilitique ? Ou bien s'est-il agi d'une infiltration gommeuse ? Les seuls éléments cliniques dont je dispose ne me permettent pas, on le conçoit du reste, d'émettre une opinion sur ce point. Ce n'est là, au surplus, qu'une question secondaire et le fait essentiel, le seul que j'ai eu en vue dans cette communication, c'est d'établir cliniquement que la syphilis peut être l'origine de certaines tumeurs de la glande sublinguale.

Observation IX (VERNEUIL)

Au printemps de 1874, je reçus dans mon service un homme de quarante ans environ, grand, vigoureux, et jouissant d'une excellente santé et qui se plaignait seulement de gêne dans les mouvements de la langue. Au-dessous de cet organe se voyait, dans la région naturellement occupée par la glande sublinguale gauche, une tumeur oblongue, du volume et de la forme d'une olive, à grand axe oblique de dedans en dehors et d'avant en arrière, d'une consistance uniforme assez ferme, plutôt rénitente que fluctuante, presque insensible à la pression, sauf en un point répondant à son centre et qui paraissait adhérer assez fortement au plancher de la bouche.

La muqueuse, bien que lisse, sans végétations et sans ulcérations, semblait confondue avec la surface convexe de la masse. Celle-ci présentait une coloration particulière, d'un rouge sombre et légèrement violacé, elle tranchait autant sur les parties voisines par cette teinte que par son exacte limitation. La langue, les gencives étaient tout à fait saines ; les ganglions du cou n'étaient point tuméfiés. Le début du mal remontait à plusieurs

semaines ; ses progrès étaient fort lents et, depuis quelques jours, ils semblaient même stationnaires.

J'avoue en toute humilité que la détermination de cette tumeur m'embarrassait beaucoup ; elle ne pouvait siéger que dans le canal de Wharton ou dans la glande sublinguale. Je sondai soigneusement le conduit. Je constatai sa déviation par la production morbide, mais je n'y trouvai rien d'anormal. L'absence de tout retentissement du côté de la glande sous-maxillaire, l'indolence presque complète de la tumeur et sa consistance élastique excluaient l'idée d'une inflammation aiguë de ce conduit (inflammation dont j'avais eu sous les yeux un bel exemple quelque temps auparavant) et aussi d'un calcul salivaire.

Certainement la glande sublinguale était affectée ; mais de quelle manière ? On ne pouvait songer à un kyste, même enflammé, ni même à une phlegmasie parenchymateuse, la rougeur, l'adhérence de la muqueuse plaidant contre l'hypothèse d'un adénome (variété d'ailleurs fort problématique et dont on ne trouve qu'un exemple dans le *Compendium de chirurgie*). Enfin je connaissais trop bien les caractères de l'épithélioma ou du cancer de cette glande pour être trompé un seul instant.

Je fis bien la remarque que cette affection ressemblait à une gomme à l'état cru plus qu'à toute autre chose, mais je ne sais pourquoi je ne m'arrêtai point à cette hypothèse et je ne fis rien pour la vérifier, dominé sans doute par cette idée que la syphilis n'atteignait point les organes sécréteurs de la salive. Bref, je ne fis point de diagnostic précis.

Le malade aidait au service de la salle, de sorte qu'il était levé au passage de la visite et que je restai près d'une semaine sans l'examiner à nouveau. Au bout de ce temps, désireux de reprendre son travail, il me demanda de lui faire quelque chose. Du reste, rien n'était changé depuis ma première exploration. J'ai déjà dit que la tumeur était à peine sensible au toucher, sauf en un point très circonscrit et à peu près central. Croyant qu'il avait là peut-être une petite inflammation folliculaire ou quelque concrétion calculeuse enfouie dans la masse

indurée, je pris un bistouri et je fis une incision parallèle au grand axe, longue de 12 à 15 millimètres, et pénétrant au moins à 8 millimètres de profondeur. Je ne rencontrai ni collection, ni corps étranger, et il ne sortit que quelques gouttes de sang. Un stylet promené au fond de la plaie n'y découvrit rien d'anormal.

Deux jours plus tard, l'incision était cicatrisée et la tumeur, diminuée d'un tiers environ, avait de plus notablement pâli.

Le malade, se déclarant très satisfait parce que la gêne avait beaucoup diminué, me demanda sa sortie avec instance, promettant de revenir si la tumeur grossissait ou revenait même à ses dimensions premières. Comme il désirait une ordonnance, je lui prescrivis tout à fait banalement, j'en conviens, un peu d'iodure de potassium et des gargarismes. Depuis je n'en ai pas eu de nouvelles. Je ne puis m'empêcher de croire aujourd'hui que j'ai eu affaire à une infiltration gommeuse de la glande sublinguale.

Observation X (Lancereaux)

La nommée R..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 17 décembre 1860, salle du Rosaire, n° 22. D'une taille élevée, d'une force moyenne, cette malade a le teint pâle, un peu jaunâtre ; elle vient réclamer les soins pour une affection du pharynx, affection caractérisée par la présence de petites saillies noueuses, arrondies, déjà en voie de ramollissement et d'aspect violacé.

La nature spécifique de ces lésions bien constatée, un traitement approprié est institué (pil. de Sédillot). Au mois de janvier 1861, les ulcérations commencèrent à se cicatriser.

Le 6, survient un frisson violent, non suivi de sueur, bientôt la diarrhée se montre et persiste quelques jours.

Le 7, sécheresse et douleur de la gorge, déglutition difficile. Rougeur uniforme de la paroi postérieure du pharynx, quelques-uns des ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

Le 8, ces phénomènes s'accusent davantage. Vers midi se montre à l'aile gauche du nez une plaque d'un rouge intense, arrondie, grande de 0^m02 à 0^m03. Expectation.

Le 9, la plaque de l'aile du nez s'est étendue, on voit déjà quelques phlyctènes; gonflement sous-maxillaire plus marqué, rougeur persistante du pharynx.

Le 10, l'érysipèle a envahi la joue droite et gagne les conduits auditifs et les pavillons des oreilles. La fièvre s'accroît. Vers le soir, le front et le cou sont atteints. Du côté du larynx mêmes progrès, la malade ne peut que très difficilement avaler, même les boissons ; à la suite d'une toux sèche et fréquente, la voix se perd, il y a par instant des phénomènes de suffocation. Le poulx est petit et irrégulier, fréquent (104).

Le 11 au matin, les symptômes paraissent s'être amoindris ; mais le soir le poulx offre plus d'intermittence et de précipitation.

Le 12, l'érysipèle suit toujours sa marche envahissante, il a gagné le cuir chevelu ; sécheresse de la langue.

Mort le 13 janvier, à 4 heures du matin.

AUTOPSIE. — *Tête.* — Les glandules de la base de la langue sont très volumineuses. Œdème du sommet de la luette. Deux ulcérations en voie de cicatrisation sur la paroi postérieure du pharynx.

La glande sous-maxillaire du côté gauche présente de nombreux sillons qui rendent ses lobules encore plus apparents ; elle est plus ferme au toucher et comme flétrie, mais non diminuée de volume ; elle offre une coloration jaune qui tient à la présence de granulations graisseuses ; les cloisons fibreuses inter-acineuses sont épaissies ; les ganglions du voisinage sont volumineux, mous, d'un aspect médullaire.

Le crâne se fait remarquer par une épaisseur considérable et une fragilité plus grande encore. Le cerveau semble intact.

Le corps thyroïde est hypertrophié, jaunâtre à la coupe à cause d'abondantes granulations graisseuses.

Cavité thoracique. — Des adhérences nombreuses unissent les poumons aux parois thoraciques. Sur le poulmon gauche on voit de petites tumeurs légèrement saillantes, les unes arrondies, les autres en croissant. Elles sont constituées par une matière amorphe granuleuse, des noyaux de tissu conjonctif (cyto-blastion), quelques cellules fusiformes, des granulations graisseuses et des restes de parenchyme pulmonaire. En ce point les ramifications bronchiques sont dilatées, leur surface interne est rouge et injectée, leur paroi épaissie.

Le péricarde est le siège d'une tumeur gommeuse du volume d'un noyau de cerise, un peu molle, jaunâtre, formée de cellules plasmatiques granuleuses. Plaques laiteuses à la surface du cœur.

Cavité abdominale. — Le foie déborde les fausses côtes d'environ trois travers de doigt. Quelques taches d'exsudat à la surface. De nombreux sillons cicatriciels labourent les deux surfaces antérieure et postérieure, les uns longitudinaux, les autres rayonnés. Des tractus de tissu conjonctif unissent leurs bords. Ils sont plus rares sur la surface postérieure. A la coupe l'organe crie légèrement sous le scapel, il a une coloration brunâtre, tachetée de jaune.

On constate facilement la dilatation de quelques-uns des conduits biliaires au voisinage des cicatrices dont le tissu fibreux se prolonge à l'intérieur du parenchyme.

La rate, un peu molle, mesure 0^m 18 dans son plus grand diamètre. Les ganglions prévertébraux ont le volume d'une noisette ou d'une noix, ils sont mous et fortement injectés. Les intestins sont normaux. Les reins sont petits et les capsules surrénales volumineuses.

Les ovaires sont manifestement atrophiés et fibreux.



CONCLUSIONS

I. — Les lésions spécifiques des glandes salivaires s'observent dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise.

II. — Les altérations précoces sont rares et mal caractérisées au point de vue clinique. On a décrit une forme subaiguë qui coïncide avec les accidents de la période secondaire.

III. — Les formes tardives sont plus fréquentes ; elles comprennent : 1° une hypertrophie chronique diffuse qui atteint simultanément plusieurs glandes salivaires et prédomine au niveau des parotides ; 2° des lésions localisées à une seule glande et offrant l'apparence d'une tumeur.

IV. — La syphilis réalise quelquefois le syndrome de Mikulicz.

V. — Les pseudo-tumeurs syphilitiques des glandes salivaires peuvent être confondues avec un certain nombre de néoplasies bénignes ou malignes (tumeurs mixtes, sarcome, épithéliome, etc.), avec certaines inflammations spécifiques (tuberculose, actinomycose, sporotrichose).

VI. — En dehors de toute notion étiologique, on se basera, pour établir le diagnostic, sur la réaction du Wassermann, sur l'épreuve du traitement, enfin sur la biopsie.

VII. — L'examen histologique des syphilomes de la parotide permet de constater une parotidite chronique syphilitique essentiellement caractérisée par la formation d'îlots de nécrose fibrinoïde (gommes diffuses) associés à une véritable parotidite insulaire, interstitielle, spécifique.

VIII. — Le pronostic de la syphilis des glandes salivaires est généralement bénin. Les lésions ont regressé, quelquefois spontanément en aboutissant à la sclérose. Le traitement ioduré, mercuriel ou arsenical (salvarsan) a presque toujours un rôle curatif.

Vu :

Le Président de Thèse,

MAURICE LETULLE.

Vu :

Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander.** *Syphilis und Auge*. Wiesbaden, 1888, p. 6.
- Benedict.** Fistule de la parotide. *Buffalo Med. and Surg. Journal*, février 1891.
- Bock.** La syphilis gommeuse de la glande parotide. *La Clinique*, Bruxelles, 1888, p. 243.
- Bresgen.** Speicheldrüsenerkrankungen, in *Diagn. Lexikon f. prakt. Aerzte*.
- Cassel.** Krankennorst. *Berl. dermat. Ges.* Décembre 1901; *Derm. Zeits.* 1902, p. 216.
- Claus.** Lustsiche Erkrankung der Parotis. *Berl. klin. Woch.*, 1907, p. 982.
- Dudley Tait.** Atrophie fibreuse des glandes salivaires. *Surg., Gynec., and Obst.*, 1912, p. 456.
- Erler.** *Zur Kenntnis des hereditär-lustsiechen Zungen-, Speicheldrüsen-, und Halslymphdrüsenvergrößerung*. Th. Iena, 1892.
- Faroy.** *Le pancréas et la parotide dans l'hérédosyphilis du fœtus et du nouveau-né*. Th. Paris, 1909. — Recherches anatomo-pathologiques sur l'hérédosyphilis du pancréas et de la parotide. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1909.
- Felmann.** Gumma in der Parotis, Kehlkopfstenose lustiecher Natur, etc. *Monatschr. f. Ohr.*, 1902, p. 195.
- Follet.** Examen clinique de la salive des syphilitiques. *Compt. Rend. Soc. Biologie*, 1907, t. I, p. 667.
- Fournier.** *Traité de la syphilis*, Période tertiaire, 1901, p. 559.

Fournier. Dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1875, p. 81.

Gaucher. *La syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur*, Paris, 1909, p. 1.

Gerber. In *Handbuch der Geschlechtskrankheiten* de FINGER, 1913, t. III, p. 109.

Gile. Syphilitic enlargement of the salivary glands. *American Medicine*, 1907, p. 686.

Grawitz. *Zwei seltene Geschwülstfalle nebst Beobachtung über die Kontraktilität von Geschwülstzellen*. Th. Berlin, 1873.

Gutmann. Mikulicz'sche Krankheit und ihrer Beziehung zur Lues. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1907, p. 141.

Hartmann. Syphilis des glandes salivaires in *Traité de Chirurgie* de DUPLAY-RECLUS, t. V, p. 284.

Heller. Ueber syph. der Caruncula sublingualis. *Berl. dermat. Ges.*, janvier 1906.

Kaposi. *Path. und Therapie der Syph.*, 1891, p. 273.

Koschel. *Die Syphilis des Speicheldrüsen*. Th. Berlin, 1898.

Küttner. Chirurgie der Speicheldrüsen. *Hand. der prakt. Chir.* von v. BERGMANN, v. BRUNS, 1907, 6^e fasc., p. 658.

Lancereaux. *Traité historique et pratique de la Syphilis*, 1866, p. 318.

Lang. Ueber Mastitis und Parotidis syphilitica, *W. med. Woch.*, 1880, p. 206.

— *Path. und Ther. der Syph.*, 1884-86, p. 194-217.

— Krankenvorstellung, *Wien. dermat. Ges.*, décembre 1894.

DeLapersonne. Dacryoadénites syphilitiques *Arch. d'Opht.* 1902, p. 760,

Lemhoff. Ueber Echinokokken und syph. Geschw. *Deut. med. Woch.*, 1898, p. 407.

Mandowsky. Ein seltener Fall von Geschwülstbildung in der Parotis. *Aerz. Prakt.*, août 1894.

- Merkel.** Ankylose des rechten Unterkiefergelenks in Form von gummoser Neubildung der Parotis, etc. *Woch.*, 1896, n° 50.
- Morestin.** Syphilome parotidiens. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1912, p. 287.
- Neumann.** Ueber Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1894, n° 29.
- *Nothnagel's spezielle Path. und Th.*, 1896, vol. 23.
- Orth.** *Lehrbuch der speciellen path. Anat.*, 1887, VI, p. 623, 902.
- Osler.** On chronic symmetrical enlargement of the salivary and lacrymal glands. *Am. journ. of the med. Sc.*, 1898, p. 30.
- Packard.** *Journ. of the am. Association*, n° 37, p. 450.
- Simard.** Gomme de la parotide, *Bulletin médical de Québec*, 1906-07, p. 67.
- Stedmann-Bull.** *Amer. Journ. of the med. Sc.*, Octobre 1878.
- Symmers.** *American Medicine*, 1903, p. 179.
- Tschagin.** Erosion chancreuse palpébrale oculi sinistri. *Russ. Ges. f. Derm. und Syph.*, 1888, p. 133.
- Vehse.** *Ein Fall von syphilitisch. Speicheldrüsentzündung.* Th. Leipzig 1906.
- Verneuil.** Dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale, *Gaz. Hôp.*, 1875, p. 1158.
- Virchow.** *Geschwülste*, II, 1864-1865, p. 439.
- Vitrac et Laubée.** Vaste ulcération syphilitique de la joue, etc. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1897.

